



Chambre des communes
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 016 • 2^e SESSION • 40^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 23 avril 2009

Présidente

Mme Joy Smith

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante :

<http://www.parl.gc.ca>

Comité permanent de la santé

Le jeudi 23 avril 2009

• (1535)

[Traduction]

La présidente (Mme Joy Smith (Kildonan—St. Paul, PCC)):
La séance est ouverte.

Bonjour, mesdames et messieurs les membres du comité.

Bienvenue aux témoins. J'aimerais régler rapidement une ou deux petites choses avant que nous n'entendions vos exposés. Quoi qu'il en soit, nous tenons à souhaiter ici aujourd'hui une chaleureuse bienvenue à nos invités, qui représentent l'Institut canadien d'information sur la santé, le Conseil canadien de la santé, la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et les Instituts de recherche en santé du Canada.

Encore une fois, merci beaucoup de vous joindre à nous. Si vous pouviez patienter cinq minutes environ, cela nous permettrait de liquider une ou deux choses.

Mesdames et messieurs les membres du comité, vous avez devant vous un budget pour payer les frais des témoins — mesdames et messieurs les témoins, veuillez vous boucher les oreilles — et voici ce sur quoi nous devons nous prononcer: que le budget proposé de 111 700 \$, pour l'étude sur les ressources humaines en santé, soit adopté et que la présidente présente ledit budget au Sous-comité du budget du Comité de liaison.

Si vous êtes tous d'accord, puis-je avoir le feu vert du comité pour adopter le budget?

Des voix: D'accord.

La présidente: En ce qui concerne le budget principal des dépenses, la période des crédits prendra fin le 23 juin. C'est ainsi que nous ferons comparaître les agences le 12 mai. Nous discuterons de cela lors de la prochaine réunion, je crois.

Nous allons donc maintenant passer aux témoins, et commençons avec l'Institut canadien d'information sur la santé. Jean-Marie Berthelot est le vice-président, Programmes, et directeur exécutif régional du Québec, et Francine Anne Roy est la directrice de l'Information sur les ressources de santé.

Jean-Marie, auriez-vous l'obligeance de commencer? Merci.

M. Jean-Marie Berthelot (vice-président, Programmes et Directeur exécutif régional du Québec, Institut canadien d'information sur la santé): Bonjour.

Je tiens, au nom de l'ICIS (Institut canadien d'information sur la santé), à vous remercier de nous avoir invités à participer à cette table ronde sur les ressources humaines en santé.

[Français]

L'ICIS — c'est l'acronyme français — est un organisme autonome sans but lucratif qui fournit de l'information essentielle sur le système de santé du Canada et sur la santé des Canadiens. Fondé en 1994, l'ICIS est financé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Nous relevons d'un conseil d'administration indépen-

dant qui représente les ministères de la Santé, les régies régionales de la santé, les hôpitaux et les dirigeants du secteur de la santé de tout le pays.

L'ICIS travaille en collaboration avec les intervenants du secteur de la santé pour élaborer et tenir à jour une vaste gamme de bases de données, de mesures et de normes en matière d'information sur la santé. Nous produisons des rapports sur les services de santé, la santé de la population, les dépenses de santé et les ressources humaines de la santé.

S'il ne nous incombe pas de faire des recommandations en matière de politiques, nous espérons tout de même que notre information impartiale vous sera utile.

[Traduction]

Le secteur de la santé emploie directement plus d'un million de personnes au Canada — 6 p. 100 de l'ensemble de la main-d'oeuvre au pays —, dont environ 80 p. 100 de femmes.

Depuis sa fondation, l'ICIS recueille des données détaillées sur les médecins et les infirmières. Dans le cadre de la stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé, dont Mme Kathryn McDade de Santé Canada a discuté avec le comité, l'ICIS a créé de nouvelles bases de données qui fournissent de l'information détaillée sur les caractéristiques démographiques et la main-d'oeuvre des ergothérapeutes, des pharmaciens, des physiothérapeutes, des technologues de laboratoire médical et des technologues en radiation médicale. L'ICIS recueille en outre des données agrégées sur 17 autres groupes de professionnels de la santé, dont les chiropraticiens, les sages-femmes et les psychologues.

Nous avons fait distribuer aux membres copie d'un rapport qui comprend un profil de ces 24 professions. Et étant donné que nos données les plus complètes portent sur les médecins et les infirmières, mon intervention portera surtout sur ces professionnels.

Du point de vue démographique, le nombre de médecins au Canada a augmenté un peu plus rapidement que la population depuis 2003. En 2007, dernière année pour laquelle des données publiées sont disponibles, le Canada comptait près de 64 000 médecins actifs. Le nombre de nouveaux médecins est en croissance depuis 2003.

L'âge moyen des médecins au Canada frôlait les 50 ans en 2007, tandis qu'un médecin sur cinq avait 60 ans ou plus. Quant à leurs habitudes de retraite, elles sont généralement différentes de celles de bien d'autres travailleurs canadiens. En effet, bon nombre d'études ont révélé que les médecins ont tendance à partir progressivement à la retraite plutôt que de cesser d'exercer à un âge déterminé.

Les jeunes médecins ainsi que les femmes médecins de tous âges ont tendance à exercer différemment de leurs collègues du sexe masculin plus âgés et privilégient davantage la conciliation travail-vie personnelle.

Bien que le ratio de médecins par 1 000 habitants du Canada soit plus bas que la moyenne des pays de l'OCDE, son ratio d'infirmières est quant à lui plus élevé, probablement en raison des différences dans les modèles de soins. Les pays d'Europe centrale comptent généralement plus de médecins, alors que le modèle britannique, plus près de celui du Canada, fait davantage appel aux infirmières.

• (1540)

[Français]

Les infirmières réglementées, qui sont plus de 332 000, forment le plus grand groupe de professionnels de la santé réglementés au Canada. Ce groupe a connu une croissance globale de 7,5 p. 100 de 2003 à 2007, période durant laquelle la population canadienne a augmenté d'un peu plus de 4 p. 100. L'âge moyen des infirmières réglementées est de 45 ans, soit environ 5 ans de moins que chez les médecins, et près de 22 p. 100 d'entre elles avaient plus de 55 ans en 2007.

Sur le plan de la migration interprovinciale et intraprovinciale, une étude de l'ICIS portant sur la migration des professionnels de la santé au Canada démontre que plus de 18 p. 100 d'entre eux ont déménagé de 1996 à 2001, ce qui représente un taux similaire à celui de la main-d'oeuvre canadienne en général pendant la même période. Ces données sont basées sur le recensement de 2001.

Toujours selon notre étude, la migration se fait surtout à l'intérieur des provinces. Les professionnels de la santé, tout comme la main-d'oeuvre canadienne en général, ont tendance à se déplacer vers les zones de croissance économique.

Qu'en est-il de la migration vers le Canada et vers l'étranger? Pour une quatrième année de suite, un plus grand nombre de médecins ont déclaré, en 2007, être rentrés au Canada que d'en être partis. Pour ce qui est des professionnels formés à l'étranger, nos données indiquent que la proportion d'infirmières réglementées formées à l'étranger est restée relativement stable depuis 30 ans, soit environ 7 p. 100. Le taux de médecins diplômés à l'étranger était de 23 p. 100 en 2007, ce qui représente une baisse par rapport au taux de 33 p. 100 enregistré à la fin des années 1970. On a noté une baisse graduelle du nombre de médecins formés à l'étranger dans la population de médecins qui travaillent au Canada, depuis cette période.

[Traduction]

À l'ICIS, nous nous efforçons d'améliorer et d'uniformiser l'information sur la santé et les services de santé au Canada et de la rendre disponible; à ce titre, nous apprécions l'intérêt que vous portez à notre travail sur les ressources humaines de la santé.

Je me ferais un plaisir de répondre à vos questions dans la langue officielle de votre choix.

Merci. Thank you.

La présidente: Merci beaucoup.

Nous allons entendre tous les exposés à la suite, après quoi nous passerons à notre ronde de tours de sept minutes. Merci de votre déclaration.

L'intervenant suivant est Mme Jeanne Besner, qui est présidente du Conseil canadien de la santé.

Merci, madame Besner.

[Français]

Mme Jeanne Besner (présidente, Conseil canadien de la santé): Bonjour. Il me fait grand plaisir d'être ici en tant que représentante du Conseil canadien de la santé.

[Traduction]

Je pense que les membres du comité ont reçu le texte de notre déclaration, alors je vais simplement traiter de certaines des questions qui y sont examinées.

Je travaille comme chercheuse à Calgary, et ce depuis huit ans, et examine dans le cadre de mon travail tout le domaine des ressources humaines en santé, l'optimisation de la main-d'oeuvre, les modèles de prestation de services et ainsi de suite. Je vais donc saupoudrer l'exposé du Conseil canadien de la santé de certaines de mes propres observations et expériences tirées de mon travail de recherche.

Nous avons souligné dans notre rapport de juin 2008 que la mise en place d'un nombre suffisant de prestataires de soins de santé, là où il le faut, constituait un élément central des deux accords de santé. L'un des éléments des accords de 2004 était l'élaboration d'un cadre pancanadien en vue de la planification de ressources humaines en santé qui a été approuvé par tous les membres et toutes les juridictions.

Je pense qu'il est important de souligner qu'il s'agissait d'un cadre de planification des ressources humaines en santé axé sur les besoins qui devait nous éloigner d'un modèle de planification des ressources humaines en santé axé sur l'offre.

M'appuyant sur mes propres observations et expériences, je peux dire que nous n'avons pas beaucoup progressé dans toute cette approche de planification axée sur les besoins, mais, dans le cadre de nos recherches, mon équipe et moi avons certainement fait des efforts en ce sens. L'une des choses qui est devenue très claire est que lorsque vous commencez à vous pencher sur les besoins de la population, et une part importante de notre recherche a été concentrée sur les soins actifs de courte durée, une très forte proportion des jours-lits dans les hôpitaux pour adultes — environ 42 p. 100 à Calgary — correspond à des personnes âgées de plus de 65 ans, dont bon nombre souffrent de maladies chroniques multiples. Or, notre recherche a fait ressortir un énorme écart des savoirs chez les professionnels de la santé offrant des services à cette population relativement à l'évaluation du facteur de risque gérontologique, et ainsi de suite. Il a été démontré que cette connaissance insuffisante des facteurs de risque dans certaines catégories de la population, quelles que soient les maladies dont sont atteints leurs membres, mène en vérité à des complications évitables dans le protocole de soins et une qualité de soins moins qu'optimale. J'estime donc, et c'est mon opinion personnelle, qu'il est très important d'asseoir la planification sur les besoins.

Il nous apparaît par ailleurs clairement que, bien que nous parlions beaucoup d'une pénurie d'infirmières, de médecins et ainsi de suite, les pénuries qui existent peuvent être pires que ce que nous croyons ou moins graves que nous nous l'imaginons, mais il y a beaucoup de preuves, en tout cas dans le domaine des soins infirmiers, qui est l'un des domaines sur lesquels nous avons beaucoup travaillé, que la sous-utilisation de professionnels de la santé est en fait un élément de tout le problème de l'offre. Nous avons dans bien des cas des infirmières autorisées qui font du travail qui pourrait être fait par des infirmières auxiliaires autorisées, des aides-soignants, des concierges, des aides domestiques et d'autres si le modèle de prestation de services était différent de ce qu'il est.

Il nous faut donc beaucoup réfléchir à la façon dont nous structurons la prestation de soins et vérifier si les personnes qui assurent les soins sont véritablement en train d'exercer au maximum de leurs connaissances et compétences. Même si le gros de notre recherche a porté sur les soins actifs, nous en menons à l'heure actuelle dans le contexte de réseaux de soins primaires, de réseaux de médecine familiale, etc. Il existe là encore des preuves d'une sous-utilisation des professionnels de la santé et du potentiel de rectifier le tir en envisageant différemment nombre des questions sur lesquelles nous nous penchons.

Dans le cadre de nos rapports sur « La valorisation de l'argent », nous avons traité de la question de savoir si nous utilisons nos ressources humaines en santé pour offrir des services rentables. Encore une fois, je pourrais vous fournir quantité de preuves que ce n'est à mon avis pas le cas. Mais en nous concentrant réellement sur les besoins des populations, sur les facteurs de risque, sur la gestion des personnes par opposition à la gestion des maladies, il nous serait peut-être possible d'empêcher un grand nombre des réadmissions que nous constatons à répétition, entre autres choses. Sur la base de ma propre expérience, donc, je dirais qu'il y aurait amplement l'occasion de faire les choses très différemment.

Dans nos rapports, nous citons un commentaire que nous avons reçu sur notre site Web « La valorisation de l'argent » : « il semble que les gouvernements et les institutions soient engagés dans une course pour réduire le financement et supprimer des postes en raison des circonstances que nous connaissons aujourd'hui ». Voilà quelque chose que nous avons constaté dans les années 1990. Il y a eu suppression de beaucoup de postes — dont des postes d'infirmière —, et cela a été le fait de décisions myopes, car ces suppressions de postes ont amené les pénuries que nous subissons aujourd'hui.

Je pense qu'avec la nouvelle crise économique à laquelle nous faisons face il nous va falloir être très prudents dans notre réflexion sur d'éventuelles réductions.

• (1545)

Il nous faut par ailleurs faire correspondre les ressources dont nous disposons avec les programmes dont nous parlons. Nous parlons d'améliorer la santé de la population, de mettre davantage l'accent sur la prévention de la maladie, et ainsi de suite. Or, nous utilisons la majorité de nos prestataires de soins de santé dans le panier de la gestion des maladies, au lieu de songer à ce que les prestataires de soins de santé pourraient réellement contribuer pour faire avancer le dossier de la promotion de la santé, l'encadrement de la population, et ainsi de suite.

J'estime qu'il est important que nous ayons un plan national qui commence à cerner les réelles pénuries, là où elles se trouvent, et tout le reste, mais nous devrions faire cela à la lumière des orientations politiques. Dans quelle situation voulons-nous nous trouver d'ici 10 ans? Formons-nous le bon nombre et les bonnes catégories de prestataires de soins pour pouvoir amener le résultat escompté?

À la page trois, nous soulignons le manque de données sur les résultats. Il est important de faire le lien entre le programme de ressources humaines en santé et les genres de résultats que nous souhaitons obtenir. Si nous commençons à discuter réellement d'améliorer la santé, le bien-être, l'autogestion de la santé, et ainsi de suite, cela supposera un menu différent de prestation de soins par rapport à ce qui existe lorsqu'on met principalement l'accent sur la configuration de morbidité ou de mortalité.

Il n'y a aucun doute dans mon esprit qu'il nous faut véritablement discuter de ce que pourraient offrir au Canada des modèles de services médicaux en concertation. Nous discutons beaucoup depuis plusieurs années du concept de soins en équipe, mais le modèle de la pratique collective, en appliquant la définition de Santé Canada, insiste sur l'intervention des patients et des familles dans le processus décisionnel, dans les soins et dans la vérification que les soins qui leur sont offerts correspondent à leurs besoins, objectifs, etc. Nous disposons de beaucoup de preuves que le système est davantage axé sur le prestataire que sur le client ou la famille. Il s'agit là encore d'un volet grâce auquel, munis d'une vision claire de ce vers quoi nous voulons tendre, nous pourrions apporter quantité d'améliorations à la prestation des soins de santé.

Je vais m'arrêter là. Vous pourrez me poser des questions plus tard si vous en avez.

Merci de nous avoir donné l'occasion de comparaître devant vous.

• (1550)

La présidente: Merci beaucoup. Vous avez certainement soulevé ici des éléments nouveaux. Je suis certaine que le comité aura beaucoup de questions.

Nous passons maintenant à Maureen O'Neil, présidente-directrice générale de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. C'est tout un titre.

Mme Maureen O'Neil (présidente-directrice générale, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé): Bonjour, madame la présidente.

[Français]

Je vous remercie de l'occasion que vous m'offrez de discuter avec vous cet après-midi. Le problème que le comité entend étudier est très complexe et comporte de nombreuses facettes, et les solutions sont tout aussi complexes. Si c'était aussi simple que d'ajouter plus d'argent ou plus de ressources, nous ne serions pas ici aujourd'hui, j'en suis certaine.

La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé a été créée en 1997, afin de soutenir la recherche sur les services de santé et d'aider les décideurs à faire usage de la recherche courante, pour le plus grand bien des patients. Aujourd'hui, j'aimerais bien partager avec vous quelques histoires qui illustrent bien comment les partenariats et la recherche permettent de trouver des solutions dans le domaine des ressources humaines de la santé et comment, à mon avis, nous pourrions en faire encore plus dans l'intérêt des patients.

[Traduction]

Il y a quelques années, nous nous sommes associés à plusieurs groupes, y compris la Fondation « Change » de l'Association des hôpitaux de l'Ontario, pour commander une recherche visant à répondre à des questions cruciales en ce qui a trait aux ressources humaines en santé. La main-d'oeuvre canadienne était, et est encore, un enjeu important. C'est ce que nous ont déjà dit Jeanne Besner et l'ICIS. En fait, selon l'étude réalisée en 2002 par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, si nous continuons à employer les effectifs infirmiers de la même manière que par le passé, le Canada sera confronté à une sérieuse pénurie d'infirmières autorisées d'ici 2011, et à une pénurie encore plus grave, soit de 113 000, d'ici 2016.

Nous avons au départ décidé d'examiner deux questions. Premièrement, nous voulions connaître l'impact du milieu de travail sur la santé du personnel infirmier et aussi, potentiellement, sur les résultats pour les patients. Deuxièmement, nous voulions connaître les solutions à mettre en oeuvre pour améliorer le milieu du travail infirmier, de même que les résultats pour les patients. Il n'y a pas que le nombre de personnes dans chaque catégorie qui importe; la façon dont elles sont organisées, la nature de leur lieu de travail, la façon dont elles travaillent les unes avec les autres sont autant d'éléments qui déterminent si le nombre est en fait approprié.

Les chercheurs mandatés par la FCRSS et ses partenaires ont donc recensé la documentation dans le domaine et mené des entrevues auprès d'infirmières, de gestionnaires de services de santé, de fonctionnaires et d'éducateurs. Les résultats de cette recherche ont été publiés dans un rapport, *Engagement et soins*, qui a cerné des problèmes qui étaient connus, et dont vous allez sans doute beaucoup entendre parler encore. Vous avez entendu d'autres témoins cet après-midi en faire état: stress au travail, sécurité d'emploi, soutien des gestionnaires et des collègues, sécurité au travail. Jeanne Besner a mentionné les décisions difficiles et les mauvaises décisions prises lors de la dernière période de contraction de l'économie canadienne et du financement public. Les infirmières en ont tout particulièrement souffert, nombre d'entre elles se voyant reléguées à des postes à temps partiel, avec des avantages sociaux réduits. L'ambiance au travail n'était guère porteuse.

En même temps, les chercheurs ont découvert à y regarder de plus près qu'il existait déjà quantité de solutions ingénieuses, tant au sein des systèmes de santé canadiens qu'à l'étranger, des innovations locales méritant qu'on en parle beaucoup plus largement. Par exemple, il y avait des hôpitaux-aimants, comme on les a appelés, des hôpitaux jouissant d'une excellente réputation en tant que milieu de travail auprès du personnel infirmier, avec un personnel infirmier stable et au taux de satisfaction professionnelle élevé, pouvant servir de modèle ailleurs.

Le rapport citait également l'exemple du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique qui a, en 2001, lancé un programme visant à soulager les infirmières-chefs d'une proportion de 20 à 30 p. 100 des soins aux patients en échange de services de mentorat auprès des jeunes infirmières sans expérience. Des solutions novatrices de ce genre revêtent beaucoup d'importance non seulement pour les infirmières, mais également pour les patients, car la recherche nous montre que le niveau de satisfaction au travail chez le personnel infirmier est l'un des plus importants déterminants du niveau de satisfaction d'ensemble des patients à l'égard du système de soins de santé. S'il vous est arrivé de passer un peu de temps dans un hôpital, vous savez que c'est le personnel infirmier qui est toujours à la tâche, qui fait le travail.

Il est également prouvé — et cela est quelque peu inquiétant si vous êtes un patient — que de bonnes relations au sein des équipes de travail ont des effets positifs sur les patients et même sur les taux de mortalité. Si une équipe ronchon est attroupée autour de votre lit, vous devriez vraisemblablement vous inquiéter, car il a été prouvé que les résultats pour les patients sont meilleurs lorsqu'il y a une bonne collaboration parmi les infirmières et entre le personnel infirmier et les médecins.

Le centre des sciences de la santé de Hamilton a réussi à implanter le concept novateur d'équipes de ressources infirmières, qui sont envoyées en renfort au fur et à mesure que différentes unités dans l'hôpital deviennent débordées. Il y a donc une équipe disponible pour aider lorsque la situation devient aigüe dans un secteur ou qu'un service manque de personnel.

Cela peut sembler intervenir à un niveau très micro, mais il est un fait que les changements dans les soins de santé surviennent à un niveau très micro, entre les personnes qui offrent les soins et les patients.

• (1555)

[Français]

J'ai un autre exemple très intéressant, celui de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Cette agence utilise la recherche pour comprendre les besoins de sa clientèle et modifier la prestation des services aux patients. Ainsi, l'agence a relevé 15 problèmes de santé et sociaux importants comme déterminants de l'offre de services. Elle a commencé par traiter les problèmes de santé et a organisé ses services autour de ces problèmes.

Elle a ensuite créé des équipes interdisciplinaires pour chacun des problèmes. Ces équipes ont ainsi défini des continuums de services destinés à prévenir les problèmes, à les traiter et à offrir du soutien aux populations à risque. Cette approche cible les besoins en santé et en services sociaux de populations précises et met à contribution une grande variété de professionnels et de services de santé.

Le résultat est une organisation fortement axée sur la santé publique et déterminée à utiliser les données issues de la recherche comme assise de toutes les décisions administratives ou cliniques.

[Traduction]

Ces innovations sont parvenues à nos oreilles par le truchement des programmes de la Fondation ainsi que des partenariats que nous avons établis. La recherche portant sur les soins infirmiers et les infirmières que j'ai mentionnée a été financée dans le cadre d'un programme de fonds de recherche en sciences infirmières de 10 ans, qui prend fin cette année.

J'ai mentionné la région de la Montérégie. Les dirigeants dans cette région sanitaire au Québec participent à divers programmes. C'est le cas de neuf hauts dirigeants et du PDG. Cette région compte également des boursiers de notre programme de formation en utilisation de la recherche pour les cadres qui exercent en santé. Ce programme est lui aussi un programme de 10 ans, financé par Santé Canada, et il a pour but de développer la capacité et le leadership afin d'optimiser l'utilisation des données issues de la recherche dans la gestion des soins de santé au Canada.

Ces histoires devraient servir de source d'encouragement, mais devraient également nous porter à réfléchir. De telles initiatives réussies devraient être monnaie courante à l'intérieur du système de soins de santé canadien. Malheureusement, ce n'est pas le cas. En tant que nation, nous devons consacrer beaucoup plus de ressources au soutien d'initiatives qui sont bénéfiques non seulement pour les professionnels de la santé, mais également, et ce qui est plus important, pour les patients.

Comme nous le savons, les chiffres montrent que nous dépensons de plus en plus pour les soins de santé et, pourtant, notre investissement est vraiment minime lorsqu'il s'agit de mener des études sur l'organisation, la gestion et la prestation des services et d'en partager les résultats. Selon les estimations de l'Institut canadien d'information sur la santé, nous avons dépensé, en 2008, 172 milliards de dollars au chapitre des services de santé. En comparaison, le budget de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, combiné au financement de la recherche sur les services de santé des Instituts de recherche en santé au Canada, totalise moins de 50 millions de dollars. Le montant que nous consacrons à la réflexion et à l'examen de la prestation concrète de services de soins de santé se chiffre à environ 50 millions de dollars sur un budget total d'environ 172 milliards de dollars. Si vous vous demandez dans quel intervalle nous pourrions apporter les améliorations pratiques qui sont nécessaires en vue de disposer d'un système de soins de santé novateur à financement public, alors il nous faudra revoir encore ces chiffres.

Il nous faudra également consacrer beaucoup plus de temps et d'énergie à diffuser les histoires des innovations réussies, non seulement auprès des professionnels de la santé, mais également auprès des responsables des politiques, des politiciens et du grand public. Chacun a un rôle à jouer pour faire avancer l'innovation au niveau du système de santé, car nous savons que ce n'est qu'ainsi que nous pourrions avoir un plus solide système de soins de santé pour tous les Canadiens.

Merci.

• (1600)

La présidente: Merci beaucoup. Cet exposé a été très instructif, et nous vous en sommes reconnaissants.

La parole est maintenant à M. Beudet, des Instituts de recherche en santé du Canada.

Merci.

[Français]

M. Alain Beudet (président, Instituts de recherche en santé du Canada): Merci, madame la présidente.

[Traduction]

Mesdames et messieurs les députés, je suis heureux d'avoir ainsi l'occasion de vous livrer la perspective des Instituts de recherche en santé du Canada dans le cadre de votre étude sur les ressources humaines en santé.

Les IRSC sont l'organisme fédéral responsable du financement de la recherche et de la formation en santé au Canada. Notre mandat, tel qu'énoncé dans notre loi habilitante, est d'« exceller, selon les normes internationales reconnues d'excellence scientifique, dans la création de nouvelles connaissances et leur application en vue d'améliorer la santé de la population canadienne, d'offrir de meilleurs produits et services de santé et de renforcer le système de santé au Canada ».

Les IRSC financent près de 12 000 chercheurs et stagiaires dans le pays. Ceux-ci doivent être considérés comme faisant partie intégrante et essentielle de la main-d'oeuvre canadienne en santé.

[Français]

Aux Instituts de recherche en santé du Canada, nous sommes convaincus que la recherche est la pierre angulaire du mieux-être de notre population et d'un système de santé efficace, adapté aux besoins et ancré sur des bases scientifiques solides.

[Traduction]

Vos investissements dans la recherche en santé contribuent à l'amélioration de la santé des Canadiens. Permettez-moi de vous donner deux exemples.

Au Canada, le taux de mortalité après infarctus a baissé de près de moitié au cours de la dernière décennie, grâce à des innovations en matière de traitement et à des améliorations apportées aux systèmes de soins de santé en vue de livrer des soins en temps opportun. Pour vous citer un autre exemple, lors de la crise du SRAS en 2003, les IRSC ont mobilisé une équipe de 58 chercheurs canadiens en vue de séquencer le génome du virus responsable du SRAS, et leurs études ont débouché sur des résultats en matière de diagnostic, de traitement et de vaccination.

Ces exemples — et il y en a quantité d'autres — dépendent de la création de connaissances scientifiques de base et de l'application réussie de ces connaissances en milieu clinique. Les deux aspects sont essentiels à l'amélioration de la santé. Il nous faut disposer de la capacité non seulement de faire la recherche, mais également d'en traduire les résultats en de meilleurs soins et en un système de soins de santé durable, comme vient de nous en entretenir Mme O'Neil.

[Français]

Ceci m'amène à la question des ressources humaines, qui vous préoccupe aujourd'hui. Les chercheurs en santé, qu'ils soient scientifiques ou professionnels de la santé, doivent impérativement être pris en compte dans ce décompte. Et force est de reconnaître que cela n'a pas toujours été le cas jusqu'ici.

Qui sont-ils, ces chercheurs en santé? Ce sont d'abord des scientifiques, détenteurs d'un Ph. D. et leurs étudiants, doctorants ou post-doctorants. Ceux-ci travaillent aussi bien en recherche fondamentale que dans des secteurs plus appliqués de la recherche en santé: épidémiologie, organisation des systèmes de santé — comme vient de le mentionner Mme O'Neil —, économie de la santé, etc. Et n'allez pas croire que ces chercheurs soient confinés aux tours d'ivoire de l'université: on oublie trop souvent que plus de 80 p. 100 de la recherche en santé au Canada, toutes catégories confondues, s'effectue sur les campus hospitaliers. Il y a ensuite les professionnels de la santé: médecins, infirmières, physiothérapeutes, ergothérapeutes, psychologues. Ceux-ci partagent le plus souvent leur temps entre leurs tâches cliniques et leurs activités de recherche. Ils constituent la clé de voûte du système de transfert de connaissance vers la pratique clinique et l'organisation des soins.

• (1605)

[Traduction]

Mais il vous faut savoir que la capacité de recherche axée sur les patients du Canada est rapidement en train de se détériorer. Dans le cas des médecins — et la situation est pire encore pour les infirmiers et infirmières —, seule une petite proportion d'entre eux consacre un temps considérable à faire de la recherche, et cette proportion ne va pas croissant.

Comme vous pouvez le voir dans ce graphique, il ne s'agit pas d'une carte de la distribution d'armes de destruction massive, mais cela indique le nombre total de médecins au Canada — et nous parlons ici de spécialistes. Ce sont eux qui passent en vérité moins de 5 p. 100 de leur temps à faire de la recherche. Ceux qui comptent véritablement, ceux qui consacrent au moins 20 p. 100 de leur temps à faire de la recherche, sont représentés par la ligne en bleu foncé ici au bas du graphique.

Le temps que les cliniciens consacrent à la recherche n'est pas protégé, et il n'est pas non plus prisé comme il se doit, ni rémunéré en conséquence. Comment pouvons-nous concurrencer les demandes accrues sur le plan des soins face à des ressources humaines insuffisantes? Le temps consacré à la recherche n'entre jamais en ligne de compte dans les décisions de dotation dans le secteur de la santé. L'on est confronté à des difficultés lorsqu'il s'agit d'attirer et de retenir des cliniciens-chercheurs; par ailleurs, une insuffisance de possibilités et des cheminements de carrière incertains découragent ceux qui en ont le talent et le goût. Or, ces cliniciens-chercheurs sont absolument essentiels, non seulement pour améliorer la santé et les soins de santé, mais également pour veiller à ce que les professionnels des soins de santé soient informés sur la toile de fond scientifique nécessaire à une médecine fondée sur des preuves.

Il nous faut asseoir un système de renouveau qui prépare de nouveaux professionnels de la santé à des carrières dans la recherche. Il nous faut veiller à ce que le système valorise comme il se doit ces chercheurs en santé prometteurs, tout en créant un environnement qui soit stimulant sur les plans scientifique et intellectuel. C'est ce que nous nous efforçons de faire aux IRSC. Je suis fermement convaincu qu'en tant qu'organisation il nous faut consacrer davantage de temps et de ressources à la recherche axée sur les patients.

Au fil des années à venir, les IRSC seront le fer de lance d'une nouvelle stratégie de recherche axée sur les patients en vue de renforcer la culture de soins fondée sur la connaissance à tous les niveaux dans le cadre du système de soins de santé.

[Français]

Notre objectif est non seulement de développer d'importantes ressources humaines dans ce secteur, mais aussi de mieux exploiter notre système universel de soins. Sachons utiliser — et encore une fois, je fais écho aux propos de Mme O'Neil — les ressources que nous offre ce système: banques de données, dossiers médicaux bientôt informatisés, on l'espère, pour assurer un meilleur suivi des malades et améliorer la viabilité et les coûts du système lui-même. Nous avons là une occasion unique de développer une niche d'excellence à l'échelle mondiale, ce qui nous permettra non seulement de mieux servir notre collectivité, mais aussi de retenir et de renforcer l'industrie de la santé. Il ne tient qu'à nous de transformer en investissement nos dépenses en santé.

[Traduction]

Si nous faisons en la matière un meilleur effort, le résultat sera une expertise en recherche clinique reconnue à l'échelle mondiale. Nous produirons des études canadiennes faisant oeuvre de pionnier et, ce qui est plus important, nous améliorerons la prestation des soins de santé aux Canadiens.

Pour conclure, les IRSC ont pour responsabilité d'assurer un leadership en matière de recherche en établissant l'environnement et la main-d'oeuvre requis pour renforcer l'infrastructure et la capacité de recherche du Canada. Nous exécuterons notre mandat. Il nous faut votre soutien continu.

Mon message pour vous aujourd'hui est que la recherche en milieu hospitalier n'est pas un luxe, mais constitue plutôt la clé à l'amélioration des soins de santé. L'on ne peut pas faire de planification en matière de ressources humaines en santé sans intégrer la recherche à chaque palier; cela est essentiel à la qualité et aux résultats en matière de soins de santé.

Merci beaucoup.

● (1610)

La présidente: Merci beaucoup.

Il me faut vous dire que le comité est très engagé dans son étude, que nous jugeons extrêmement importante. Nous porterons une attention toute particulière aux propos que vous nous avez tenus.

Nous allons avoir deux tours de questions, et lors du premier, chaque intervenant disposera de sept minutes pour ses questions et les réponses.

Nous allons commencer avec Mme Murray.

Mme Joyce Murray (Vancouver Quadra, Lib.): Cela nourrit l'humilité que d'être membre d'un comité et d'une équipe chargée d'ajouter de la valeur à tout le dossier des ressources humaines en santé, et d'avoir le privilège d'entendre des personnes comme vous qui êtes des leaders dans le domaine et qui avez consacré votre carrière à un volet de la question. Celle-ci est fort complexe. Ma première carrière, je l'ai consacrée à améliorer l'état de santé des forêts, ce qui n'a rien à voir avec les soins de santé. Je suis donc pleine d'humilité ici.

Je vais me concentrer sur la question de la prévention, car, à mon sens, c'est un domaine dans lequel nous pourrions faire beaucoup plus que nous ne faisons, et j'estime qu'il y a un déséquilibre entre les fonds consacrés au rétablissement des malades et ceux consacrés à la prévention de problèmes de santé.

J'aimerais vous livrer encore une donnée biographique personnelle. J'ai trois enfants adultes, et je n'ai jamais été à l'hôpital sauf pour rendre visite à quelqu'un, alors j'ai la grande chance d'être très en santé. D'après mon expérience et ma façon de penser, la clé réside dans la prévention, et c'est là-dessus que j'aimerais me concentrer.

En ce qui concerne les commentaires qui ont été faits au sujet de la recherche, quelqu'un pourrait-il me dire s'il se fait, à son avis, suffisamment de recherche sur les professionnels en soins de santé complémentaires et en médecine parallèle, comme les naturothérapeutes, ainsi que sur les soins qu'ils offrent et les modalités qu'ils emploient?

La présidente: Qui aimerait débiter avec cette question?

M. Alain Beaudet: Je m'en ferai un plaisir.

Votre question est très intéressante. Je pense qu'elle reflète d'énormes changements dans la société. Vous vous souviendrez que, jusqu'en 1999, notre agence a eu pour nom le Conseil de recherches médicales. Nous portons appelons aujourd'hui les Instituts de recherche en santé du Canada. J'estime que ce virage, mettant non plus l'accent sur l'aspect médical mais bien sur la santé, est très important. Cela reflète ce qui se passe dans la société. Nous commençons à comprendre que la santé, c'est beaucoup plus que des patients dans des hôpitaux. La santé, c'est également la promotion de la santé. C'est également la prévention de la maladie.

Se fait-il suffisamment de recherche dans ce domaine? Non. Investissons-nous davantage d'argent dans ce domaine? Oui. Quel est le problème, et pourquoi ne faisons-nous pas plus et plus vite pour bâtir la capacité? La chose est nouvelle. Il n'est pas difficile de trouver des biochimistes demandeurs de subventions de recherche pour de la recherche biomédicale, mais il est plus difficile de trouver des personnes ayant le talent et le savoir-faire pour effectuer le genre de recherche d'évaluation dont nous avons besoin dans ces secteurs.

Il nous faut réellement remonter en amont et former les chercheurs de demain. Nous sommes très sensibles à l'importance de ces questions, surtout, dirais-je, compte tenu de la population vieillissante et des maladies chroniques que l'on sait. Si nous ne faisons rien pour prévenir les maladies chroniques...

Mme Joyce Murray: J'aimerais traiter de quelques autres sujets, mais merci beaucoup de ces explications. Je sais que les praticiens et les associations sont très désireux de voir davantage de recherche appuyée par le gouvernement, et je suis certaine qu'ils seraient très heureux de fournir une partie de la capacité si des fonds devenaient disponibles.

J'ai une autre question. Le mot « patient » a été beaucoup employé — soins axés sur le patient, résultats axés sur le patient, etc. Il y a la question de l'inclusion dans le continuum de soins de praticiens exerçant en médecine complémentaire et parallèle, afin que nous n'ayons pas à être des patients. Je pense qu'un pourcentage énorme de personnes utilisent ces services et évitent d'être des patients et de fréquenter les hôpitaux, mais la chose n'est pas reconnue comme étant de la prévention importante. Du point de vue des ressources humaines en santé, qu'est-ce qui est en train d'être fait, et cela suffit-il? J'aimerais entendre vos commentaires sur l'inclusion dans la prestation de soins primaires, en tant que participants à l'équipe de ressources humaines en santé, des naturothérapeutes, des praticiens de la médecine chinoise traditionnelle, des acupuncteurs, des homéopathes, et ainsi de suite. Voyez-vous là une priorité? Croyez-vous que cela soit suffisamment appuyé?

• (1615)

La présidente: Qui aimerait répondre à cette question?

Madame Besner.

Mme Jeanne Besner: Est-ce une priorité? Je ne peux pas répondre à cette question. Là où les besoins des familles du patient déterminent que ces intervenants devraient être membres de l'équipe, alors la chose devrait être davantage possible qu'elle ne l'est à l'heure actuelle. Mais il nous faut également utiliser les possibilités qui existent pour faire plus de prévention.

Que tous les membres de l'équipe travaillent au maximum de leurs capacités et se concentrent sur ce sur quoi ils devraient se concentrer serait peut-être une solution. Si vous prenez la dépression chez les femmes en âge de procréer, dans l'un des cabinets de médecine familiale dans lesquels j'ai fait du travail, c'était le code d'intervention facturable le plus courant pour cette catégorie d'âge. Lorsque nous avons introduit des infirmières dans le cabinet de médecine familiale, nous avons vraiment commencé à insister sur l'importance pour elles d'évaluer la mesure dans laquelle la dépression entravait l'exercice du rôle parental chez les femmes déprimées. En cas de dépression très sévère, les enfants risquent d'être victimes de négligence, d'abus, etc.

C'est une façon de commencer à examiner les nombreuses possibilités qui existent pour intégrer la prévention primaire. La dépression de la femme doit être traitée, mais il importe également de s'occuper du bien-être des enfants. C'est ainsi que l'on commence à envisager que plus d'un membre de l'équipe de soins de santé intervienne dans une situation donnée, et que l'on commence à ne plus se concentrer uniquement sur la gestion de la maladie — la dépression —, mais que l'on examine les questions relatives aux besoins de la famille du patient. C'est ainsi que se multiplient les possibilités de compter sur d'autres prestataires de soins de santé pouvant être intégrés dans l'équipe de soins afin de beaucoup mieux gérer les gens, de manière à ce que ceux-ci ne soient pas sans cesse confinés au manège soins, maladie, etc.

La présidente: Merci, madame Besner.

Monsieur Malo.

[Français]

M. Luc Malo (Verchères—Les Patriotes, BQ): Merci beaucoup, madame la présidente.

Je remercie également les témoins d'être parmi nous cet après-midi. Je vais revenir sur quelques points de vos présentations.

Madame Besner, vous nous avez dit qu'à votre avis, il y avait une mauvaise utilisation des ressources, que les infirmières devraient avoir plus de responsabilités et qu'il faudrait modifier les pratiques de façon à les adapter davantage au fait que les patients veulent maintenant être plus impliqués dans le processus des soins qu'ils reçoivent.

Madame O'Neil, vous nous avez dit que l'environnement de travail des infirmières devrait être revu pour qu'elles soient plus satisfaites de leur travail. Vous avez mentionné le stress et le fait que les relations avec les supérieurs étaient parfois difficiles.

Vous affirmez tout cela devant un comité fédéral de la santé. Mais ne trouvez-vous pas que vous vous adressez au mauvais forum, puisque les interlocuteurs les plus aptes à apporter des modifications à cet égard se trouvent dans d'autres parlements? D'après ce que je peux voir, vos constats sont fondés sur des études faites avec rigueur, avec sérieux, suivant certains modèles scientifiques de recherche. Avez-vous fait part de ces constats à ces interlocuteurs qui, selon moi, sont plus appropriés?

Mme Jeanne Besner: Pour ma part, je peux dire que oui. Par contre, ça n'a pas changé grand-chose, à ce jour. On essaie d'aborder ces sujets dans tous les forums possibles.

Il y a un manque de vision en ce qui concerne ce qu'on appelle le *scope of practice*, que ce soit pour les infirmières, les médecins ou d'autres encore, partout au Canada. On peut faire des changements petit à petit, et c'est ce que j'essaie de faire dans mon propre milieu, à Calgary. Je le fais une journée à la fois, une unité à la fois. Il reste qu'à ce rythme, apporter des changements au niveau national va prendre des siècles.

Selon moi, il faut adopter une vision pancanadienne et commencer à discuter des rôles de nos prestataires de soins. Il faut envisager les changements qui doivent être apportés à un niveau assez large, de façon à ce que ça se fasse plus tôt que plus tard. Quant à moi, c'est très important.

• (1620)

[Traduction]

La présidente: Madame O'Neil, allez-y, je vous prie.

[Français]

Mme Maureen O'Neil: Merci beaucoup pour votre question. Nous sommes au comité parce que nous y avons été invités, et non pour faire du lobby concernant les constatations de nos recherches. J'ai mentionné qu'on avait travaillé avec l'Ontario Hospital Association et qu'on était très impliqués avec le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique.

C'est vrai qu'au Canada, on a souvent peur de faire des comparaisons entre les provinces. C'est ce que l'ICIS fait, mais cela rend tout le monde très nerveux. Néanmoins, c'est ce dont on a besoin. Les Canadiens ont besoin de savoir comment cela se passerait s'ils étaient atteints d'un certain type de cancer, selon qu'ils habitent en Ontario, à Montréal ou en Alberta. Les provinces ne sont pas tellement intéressées à se comparer entre elles. Pourtant, en matière d'innovation, on sait que l'OCDE et les pays n'ont pas de problème à se comparer entre eux.

Si on veut avancer, on doit vraiment savoir ce qui se passe. Vous avez raison de dire qu'au Canada, il y a 13 systèmes de santé différents. Comme Mme Besner l'a dit, il faudrait beaucoup de temps pour changer les choses. On doit quand même faire des changements dans chaque système de santé. Pour cette raison, la recherche est très importante, car elle permet de comparer les différents systèmes.

Je ne sais pas si les Canadiens qui habitent en Ontario sont au courant de ce qui se passe dans le domaine des soins primaires au Québec, et vice versa. Comme citoyens, nos impôts paient la moitié des dépenses en soins de santé dans chaque province. Donc, il faut vraiment savoir ce qui se passe ailleurs et si on a le système de santé dont on a besoin.

[Traduction]

La présidente: Merci, madame O'Neil.

Je pense que M. Berthelot aimerait faire un commentaire.

[Français]

M. Jean-Marie Berthelot: On vous remercie de nous avoir invités au comité.

Vous touchez à l'essence du mandat de l'ICIS, qui est de fournir un mécanisme permettant aux différents gouvernements provinciaux de se comparer. Le mandat de l'ICIS est de travailler en collaboration avec les provinces. À cet effet, une entente bilatérale régit nos relations avec chacun des gouvernements provinciaux.

Vous nous demandez comment on s'assure d'acheminer l'information aux gouvernements provinciaux. L'institut n'est pas nécessairement invité à l'Assemblée nationale ou dans les assemblées législatives, mais il s'assure que chacun des ministères de la Santé ou, par exemple, l'Institut national de santé publique du Québec, reçoit l'information produite par l'ICIS et peut l'utiliser dans son système politique pour faire avancer des dossiers.

L'objectif est de produire des données permettant de dégager les différences entre les systèmes, et non de dire qu'un système est meilleur qu'un autre. Chaque système peut s'avérer meilleur ou pire qu'un autre à certains égards. On veut permettre aux gens qui développent des politiques de santé provinciales ou locales, que ce soit au sein d'un CLSC ou d'une régie régionale, d'avoir accès à cette information.

M. Luc Malo: Ça répond un peu à la question de Mme O'Neil, qui semble dire que...

[Traduction]

La présidente: Excusez-moi, monsieur Malo. Avant de passer à la question suivante, je constate que M. Beaudet aimerait faire un commentaire.

M. Luc Malo: C'était une question complémentaire.

La présidente: Très bien.

Allez-y, monsieur Beaudet.

[Français]

M. Alain Beaudet: Je veux simplement faire un court commentaire.

Vous avez parfaitement raison. Vous touchez une compétence qui, au chapitre des soins, est clairement provinciale. Si on veut mener une recherche clinique efficace en services de santé, en épidémiologie en particulier, on ne peut le faire qu'en étroite collaboration avec les provinces. C'est d'ailleurs pour cette raison que nous travaillons étroitement avec les organismes de recherche en santé de chacune des provinces. Au Québec, c'est le Fonds de la recherche en santé du Québec; en Alberta, c'est l'Alberta Heritage Foundation for Medical Research; en Colombie-Britannique, c'est la Michael Smith Foundation for Health Research, etc. Le but est d'harmoniser nos politiques de recherche et d'assurer l'efficacité des politiques de recherche en matière de soins qu'on essaie d'établir.

• (1625)

[Traduction]

La présidente: Madame Wasylycia-Leis.

Mme Judy Wasylycia-Leis (Winnipeg-Nord, NPD): Merci, madame la présidente.

Merci à vous tous d'avoir en vérité donné le coup d'envoi à notre étude, qui requiert votre participation et vos conseils en ce qui concerne les macro-questions qui sont en jeu.

Je pense que vous avez chacun dit, sous une forme ou une autre, que nous sommes tout à fait aux prises avec une crise pour ce qui est des ressources humaines en santé, que l'on parle de pénurie, de sous-utilisation ou de conditions de travail difficiles, ce qui amène, bien sûr, de longues listes d'attente, un manque de confiance à l'égard de notre système de soins de santé et pourrait en fait amener la rupture de notre modèle d'assurance-maladie.

Les études se sont succédé au cours des 20 années depuis que je suis ici. Je pense que le comité doit entendre vos vues sur ce que nous devons recommander, sur ce sur quoi il nous faut nous pencher en premier, afin de nous armer d'une stratégie concrète qui nous mène quelque part.

Premièrement, conviendriez-vous tous qu'il nous faut dans ce dossier une approche nationale qui tienne compte, comme il se doit, du caractère unique du Québec, mais qui assure une coordination, chose qui devait, je pense, ressortir de la rencontre des ministres de 2003-2004? Je pense que c'est ainsi que le Conseil canadien de la santé a vu le jour. Convenez-vous qu'il nous faut ce genre de stratégie? Quels devraient en être les éléments? Comment faire en sorte que cela prenne forme ici, au gouvernement fédéral?

Peut-être que vous pourriez commencer, Jeanne.

Mme Jeanne Besner: Oui, absolument, je pense que nous serions mieux servis par une stratégie pancanadienne.

Je pense que les travaux de recherche effectués en Alberta, au Québec ou dans quelque autre région peuvent dans bien des cas être appliqués ailleurs. Le contexte est très important lorsqu'on parle de pratiques professionnelles, etc. Il nous faut utiliser ce qui fonctionne dans une région puis l'essayer ailleurs, dans d'autres contextes, afin d'en arriver en bout de ligne, en reproduisant ou en adaptant ce qui a été tenté dans d'autres contextes, à la bonne formule.

Il y a beaucoup de connaissances sur ce que nous pourrions tenter de faire différemment mais qui ne vont pas, je pense, donner grand-chose de différent dans les différentes provinces, mais il nous faut intégrer cela dans une discussion nationale afin de pouvoir travailler ensemble et veiller à ce que ce que nous appliquons fonctionne bien et dans différents contextes et est la chose à faire. C'est ainsi que nous aurons la base à partir de laquelle commencer à réfléchir à notre planification à long terme, en vue de déterminer si nous avons le bon nombre, les bonnes catégories, et ainsi de suite. Travailler de manière morcelée, un petit bout à la fois, un projet de recherche à la fois, ou autre, n'est à mon sens pas très efficace.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Jean-Marie, Maureen, je suis certaine que vous aimeriez intervenir là-dessus.

Mme Maureen O'Neil: Merci.

Oui, je pense qu'il importe qu'il y ait une vision nationale, bien que je convienne que nous avons au moins 13 administrations intervenant dans le domaine de la santé. Premièrement, nous savons que les professionnels de la santé et les prestataires de services se déplacent. Ils ne restent pas tous au même endroit. Il est d'ailleurs important de comprendre où ils se trouvent.

Je considère qu'il y a quelque chose d'encore plus profond, en un sens. Vous avez exprimé votre frustration face aux nombreuses discussions portant sur ce qui va être fait et sur la manière d'innover dans le cadre d'un système de soins de santé à financement public de manière à ce que les gens puissent en être fiers. Je pense que l'un des premiers obstacles à surmonter est le fait que les Canadiens pensent disposer du meilleur système de soins de santé au monde. Ce n'est en réalité pas le cas. Nous aimerions que notre système soit le meilleur, mais si nous faisons des comparaisons internationales, nous constatons qu'il y a d'autres systèmes de soins de santé financés par l'État qui font des choses différemment et qui, dans certains cas, les font mieux.

Je pense que le comité a un très important rôle à jouer en disant: nous voulons avoir le meilleur système qui soit, et voici les choses qui feront qu'il sera meilleur. Je pense que l'invitation à soumettre des commentaires sur ce que signifie la valorisation de l'argent, lancée par le Conseil canadien de la santé, est extrêmement importante. Je pense que le fait que l'ICIS continue de publier des statistiques sur la façon dont les choses tournent est également très important, mais il nous faut également reconnaître que dans le cas des gouvernements provinciaux, entreprendre quoi que ce soit dans le domaine de la santé est si toxique sur le plan politique, je pense, que les gens feront une ou deux choses, puis retiendront leur souffle en espérant survivre aux élections suivantes sans trop souffrir d'avoir tenté quoi que ce soit de terriblement novateur. Je pense que cela freine en vérité l'action.

La grosse question, donc, est celle de savoir comment créer au Canada une atmosphère... en reconnaissant, bien sûr, qu'il s'agit d'un domaine qui relève principalement des provinces. Mais n'oubliez pas que nous allons dans cinq ans renégocier le Transfert canadien en matière de santé. C'est un petit montant d'argent qui est versé aux soins de santé, mais cette discussion s'en vient.

La période qui vient serait le moment idéal pour nous concentrer sur ces questions qui touchent le pays tout entier. Même si d'aucuns disent qu'il ne s'agit pas de questions nationales — leur résolution n'appartient pas au seul gouvernement fédéral —, les Canadiens vivent néanmoins des difficultés d'un bout à l'autre du pays. Ils veulent avoir de meilleurs systèmes et ils veulent conserver l'accessibilité dont ils jouissent.

La question est de savoir comment enclencher ce débat. Comment bâtir quelque chose à partir de la question des ressources humaines en santé — en d'autres termes, les fournisseurs? Comme nous le savons, depuis la Commission royale Hall, qui s'est entendue sur un régime de paiement mais qui a convenu de ne pas aborder la question de l'organisation des services, tout le monde a été confronté à la question de savoir comment innover dans l'organisation des services. Comment faire pour avoir un système de paiement qui paye pour plus que les médecins dans les soins de santé primaires, qui couvre à l'occasion des infirmières praticiennes, ou les médecins et les infirmiers et infirmières dans les hôpitaux, et certains des autres professionnels que plusieurs d'entre vous avez mentionnés aujourd'hui?

J'estime que le comité a ici une occasion à saisir. La question est de savoir quelle envergure vous donnez à la question. Examinez-vous les ressources humaines en santé après avoir déterminé que de l'innovation est nécessaire et que le gouvernement fédéral n'en détient pas tous les leviers — ce que tout le monde sait, bien sûr? Comment faire pour poser la question de manière à ce qu'elle débouche sur une discussion utile et qu'elle ne tombe pas dans le piège que l'on voit si souvent au niveau provincial en particulier lorsqu'une chose est tentée? Qu'il s'agisse de la décision Chaoulli au Québec ou de la question d'autoriser davantage de cliniques privées en Colombie-Britannique, dès qu'une question est posée, des camps se forment, et le discours n'est plus très utile, avec des bannières qui disent « Pas de système de soins de santé à deux paliers ici » d'un côté et « Seulement ce que nous avons maintenant » de l'autre.

Il semble que l'on ne veuille jamais prendre le départ. Mais vous avez ici la possibilité de vous adonner à une réflexion plus large autour de cette question.

• (1630)

La présidente: Merci, madame O'Neil.

Madame McLeod.

Mme Cathy McLeod (Kamloops—Thompson—Cariboo, PCC): Merci, madame la présidente.

J'aimerais tout d'abord féliciter tous les témoins qui sont ici parmi nous aujourd'hui. Je pense que le Canada bénéficie du travail de vos organisations, qui sont certainement respectées à l'échelle internationale pour ce qui est de la façon dont nous travaillons.

Je pense que nous avons les réponses aux questions plus modestes en matière de ressources humaines en santé. Dans le cadre du premier exposé, nous avons entendu parler de certaines choses concernant la résidence médicale et le fait qu'il existe un certain écart. Vous avez raison en ce qui concerne le bricolage autour de ce goulot d'étranglement, mais j'ai beaucoup apprécié les commentaires selon lesquels les solutions aux problèmes de ressources humaines en santé résident en grande partie dans des changements au système.

J'aurais une ou deux questions rapides à poser. La première s'adresse à M. Beaudet.

La recherche fait une contribution incroyable — absolument — pour appuyer et informer la pratique, mais il se fait beaucoup de recherche qui n'est en vérité pas intégrée à la pratique. J'aimerais entendre des commentaires là-dessus.

M. Alain Beaudet: Vous avez raison, et, comme je l'ai dit au début, notre mandat vise non seulement la création de nouvelles connaissances, mais également leur application aux fins d'une santé et de soins de santé meilleurs. Et, bien franchement, j'estime que nous avons moins bien livré en ce qui concerne le deuxième volet, et c'est chose plus difficile.

C'est précisément ce que nous nous efforçons de réaliser avec notre deuxième plan stratégique, qui est sur le point d'être lancé. Il est largement centré sur ce que j'appelle la recherche axée sur le patient, mais il s'adresse plus largement au patient car il inclut les soins primaires et la prévention des soins. Mais nous parlons non seulement d'amener les résultats du banc au chevet du malade, mais également de veiller à ce qu'il se fasse une évaluation de haut niveau des nouveaux traitements, des nouvelles politiques, des nouvelles pratiques et des nouveaux médicaments. Une fois tous ces éléments évalués, il nous faut nous assurer que les résultats de l'évaluation sont en fait disséminés comme il se doit et que cette dissémination résulte en leur adoption appropriée et des changements dans la pratique.

Il s'agit d'un continuum à l'intérieur duquel les professionnels de la santé jouent un rôle clé. Le problème est que nous n'en avons pas suffisamment, et ceux qui ont la formation n'ont pas le temps. Il nous faut protéger leur temps et il nous faut faire plus de formation en ce sens. Je crois que c'est le seul moyen dont nous pourrions faire le nécessaire de manière efficiente.

Nous souhaitons clairement nous concentrer là-dessus dans les années à venir.

•(1635)

Mme Cathy McLeod: D'autre part, si vous regardez l'ICIS, je pense qu'il obtient la participation de 15 000 personnes grâce à des vidéoconférences.

Pour ce qui est des ressources humaines en santé, nous avons parlé brièvement de certaines statistiques canadiennes. Vous ne voudrez peut-être pas nous livrer les chiffres aujourd'hui, mais je pense que les comparaisons internationales deviennent importantes dans le cas de certaines de ces questions. Nous comparons-nous favorablement ou défavorablement aux autres pays? Je sais que chaque système dans chaque pays est différent, mais auriez-vous quelques rapides commentaires à faire à ce sujet?

M. Jean-Marie Berthelot: Je pense que cela figure déjà dans les notes d'information. Tout dépend de la façon dont les soins sont organisés.

Au Canada, nous avons davantage d'infirmières par 100 000 habitants que nombre des pays d'Europe continentale; cependant, nous comptons moins de médecins. Mais lorsque nous nous comparons au système britannique, voire même au système américain, nous n'accusons pas un si grand retard que cela. Je pense donc qu'il est très difficile de répondre à la question de savoir si nous disposons de suffisamment de ceci ou de suffisamment de cela. Cela ne se limite pas aux seuls médecins et infirmiers. Cela dépend de la façon dont les soins sont organisés. Cela dépend du champ d'activité. Le champ d'activité d'un médecin ne sera pas le même, selon le pays. Le champ d'activité d'une infirmière ne sera pas le même. Il est donc très difficile de dire si nous sommes avantagés ou désavantagés comparativement à d'autres pays.

Ce que je peux vous dire est qu'en moyenne nous avons moins de médecins que les autres pays membres de l'OCDE, mais c'est à cause du modèle de soins. Nous avons davantage d'infirmières. En ce qui concerne les tendances au fil du temps, il n'y a pas eu beaucoup de changement sur le plan du nombre de médecins par 100 000 habitants au pays. Ce chiffre est relativement stable. Pour ce qui est des infirmières, nous avons vu une diminution sensible dans les années 1990 lorsque le gouvernement accusait un important déficit. Nous constatons aujourd'hui une augmentation. Nous n'avons pas retrouvé le niveau auquel nous étions avant la réduction des années 1990.

Mme Cathy McLeod: J'ai certainement apprécié les commentaires de Maureen O'Neil au sujet du courage politique, pas seulement au niveau provincial-fédéral, mais même au sein de nos organisations professionnelles.

Encore une fois, les fondements de notre régime s'inscrivent dans le système de prévention et de soins de santé primaires et, oui, dans nos systèmes de soins de courte durée.

Quelqu'un aurait-il encore des commentaires à faire au sujet de cette question, du champ d'activité ou...? Encore une fois, je pense que les réponses sont là. Il nous faut simplement avoir le courage de tisser tous les fils ensemble.

La présidente: Madame O'Neil.

Mme Maureen O'Neil: Merci.

Je pense que nombre des réponses sont là, et c'est également ce pour quoi les comparaisons internationales peuvent être si utiles, pour voir comment d'autres pays organisent les services, au lieu de ne s'intéresser qu'au nombre de postes qu'ils ont, ou au nombre d'infirmières ou de physiothérapeutes, l'important étant de savoir comment les services sont véritablement organisés et financés.

Je pense que l'une des questions importantes à cerner est celle de la manière dont l'argent transite d'un gouvernement provincial aux hôpitaux et aux régions sanitaires, et qui soit encourage une organisation tendant le plus vers des résultats positifs, soit ne le fait pas. La manière dont l'argent circule entrave-t-elle ou non l'innovation dans le mode d'organisation des services? Cela crée-t-il des obstacles? La situation sera différente dans différents endroits.

Dans le domaine des soins de santé, il est impossible d'échapper à ce niveau de détail si l'on veut comprendre où les leviers véritables de changement se situent. Comment se fait-il qu'au niveau fédéral nous ayons dépensé 800 millions de dollars sur plusieurs années en vue d'une transition dans les soins de santé primaires, alors que lorsque nous regardons autour et nous demandons dans quelle province les soins de santé primaires ont véritablement été réorganisés — et nous savons que les soins de santé primaires sont essentiels si nous voulons faire des gains d'efficacité supérieurs à l'avenir —, c'est très difficile à faire. Quels sont les obstacles? Pourquoi la chose est-elle si difficile?

La difficulté, je pense, est que ces choses sont liées entre elles, mais pour avoir des discussions, il faut les démêler et dire « Aha. Si nous voulions faire les choses différemment, alors nous ne voudrions pas établir toutes sortes de règles pour les hôpitaux et la façon dont ils dépensent leur argent. Peut-être que nous souhaiterions leur accorder un budget global, ou peut-être que leur budget devrait faire partie d'une région sanitaire ».

Ces choses semblent si mystérieuses, or, si vous cherchez des moyens de changer les choses et de répondre à la question de savoir pourquoi rien ne se fait, alors il vous faut descendre à ce niveau de détail et ensuite, en un sens, chausser les chaussures d'un ministre de la santé de la province et demander si c'est vraiment ce que vous auriez voulu entreprendre, car chaque fois que vous apportez un changement, cela dérange quelqu'un quelque part. Si vous trouvez qu'il est moins efficace d'avoir un service d'urgence dans un petit hôpital, vous pouvez être certain que le ministre va en entendre parler si vous décidez de faire quelque chose de plus efficace.

Il nous faut continuer d'essayer. Il nous faut sans cesse travailler à ces choses. Le refus d'accepter l'économie politique fondamentale et le désir de continuer de faire les choses de la même manière empêchent en vérité la mise en oeuvre de résultats de recherche en matière d'organisation de services que l'on connaît depuis des années.

• (1640)

La présidente: Merci, madame O'Neil.

Nous passons maintenant à notre deuxième ronde, avec des tours de cinq minutes. J'aurais voulu que nous disposions de plus de temps, mais vos commentaires sont formidables, et je vous en remercie.

Nous allons commencer avec la Dre Bennett.

L'hon. Carolyn Bennett (St. Paul's, Lib.): Merci beaucoup.

Je conviens que cette entrée en matière a été très utile, mais cette question de la poule et de l'oeuf est vraiment troublante quant à savoir si nous allons changer notre façon de faire les choses ou si nous allons décider qu'il nous faut des ratios médecins-patients et des ratios infirmières-patients dans le cadre de l'ancien moule, quels que soient les chiffres de l'OCDE et tout le reste. Si nous décidions véritablement de changer les choses et de travailler en équipe, en quoi les choses seraient-elles différentes?

J'aimerais beaucoup entendre en la matière M. Beaudet. Est-il possible de se tenir à jour dans le domaine de la médecine ou des soins infirmiers s'il ne se fait pas d'enseignement? Le plus important qui nous arrive à tous est qu'un jeune vienne nous dire « Comment se fait-il que vous faites toujours cela, et pourquoi ne faites-vous pas ceci? »

Si vous rêviez en technicolor de ce que pourraient être des soins en collaboration, véritablement axés sur les patients, qu'il s'agisse de pratiques fondées sur des preuves ou de preuves fondées sur la pratique, à quoi cela ressemblerait-il, et parlerait-on toujours de champs d'activité? Car ce qui se passe au Nunavut est très différent de ce qui se passe dans le centre-ville de Toronto. Je pense que cette nouvelle expression « compétences de base » signifie que si vous faites partie d'une équipe, certaines personnes vont en savoir un petit peu plus sur ceci ou cela ou autre.

Depuis la clinique pour membres cassés de l'Alberta jusqu'à certains des centres de santé communautaires, en passant par certaines des choses qui sont réellement des pratiques exemplaires, devrions-nous travailler en patinant vers l'endroit où nous pensons que la rondelle va se retrouver, ou bien devrions-nous faire le travail qui doit être fait mais en nous concentrant sur le commerce étranger de médicaments, la multiplication des créneaux et l'augmentation de la formation?

Ce que j'aimerais sans doute savoir c'est comment, dans le cadre d'une approche globale aux ressources humaines en santé, vous auriez organisé notre étude si c'était vous qui alliez véritablement rédiger le rapport.

La présidente: Monsieur Beaudet, voulez-vous vous attaquer à cette question-là?

M. Alain Beaudet: C'est une question difficile, mais j'adore rêver en technicolor, alors je vais m'essayer.

Je dirais qu'il faudrait supprimer les silos. Encore une fois, tout cela s'inscrit largement dans la perspective d'une pratique axée sur la recherche, et pour moi c'est une pratique qui utilise les leviers de la recherche. Démantelez les silos entre les chercheurs et les médecins et les infirmières et les ingénieurs et les gestionnaires de projet et les

biostatisticiens. Ils vivent chacun dans leur petit monde. Nous continuons de les former à l'intérieur de disciplines cloisonnées. Il nous faut mettre fin à cela et viser plutôt des équipes multidisciplinaires oeuvrant ensemble. Voilà ce que...

L'hon. Carolyn Bennett: Ce serait donc là la première recommandation du rapport, soit qu'il nous faudrait de la formation interdisciplinaire dans les universités?

M. Alain Beaudet: Cela est très important. Je pense que cela est essentiel si vous voulez vraiment intégrer dans la pratique la recherche et la pratique, sans quoi il n'y aura jamais de respect en ce qui concerne l'origine de la recherche.

Le deuxième aspect est que nous devrions intégrer partout des mécanismes pour contrôler ce que nous faisons. Je vais vous donner un exemple simple: les dossiers électroniques. Nous y arrivons, enfin.

• (1645)

L'hon. Carolyn Bennett: Google y arrive.

M. Alain Beaudet: Oui; il est à peu près temps.

Veillons à ce que, dès le départ, ces dossiers soient accessibles à des fins de recherche, et à ce que la question de la protection des renseignements personnels soit réglée, de sorte que l'on ne vienne pas nous dire dans 10 ans que nous ne pouvons pas accéder à ces dossiers du fait de la Loi sur la protection des renseignements personnels.

Concevons la structure de manière à ce que nous puissions accéder à une partie de ces dossiers à des fins de recherche, les utiliser pour contrôler ce que nous faisons, pour contrôler les effets secondaires à long terme. Et utilisons-les à des fins de recherche, mais veillons à ce qu'il y ait un flux afin que le praticien puisse y accéder et bénéficier des résultats de la recherche et modifier ses pratiques par le biais du même véhicule.

Lorsque nous construisons quelque chose, songeons au contrôle et à l'utilisation future qui sera faite des résultats de la recherche.

La présidente: Merci, monsieur Beaudet.

Monsieur Uppal, allez-y, je vous prie.

M. Tim Uppal (Edmonton—Sherwood Park, PCC): Merci beaucoup.

Merci d'être venus ici et de contribuer à notre étude.

J'aimerais simplement revenir un petit peu sur ce que sont, j'imagine, des différences dans ce domaine entre le fédéral et le provincial. Il a été mentionné une ou deux fois que des infirmières ont été mises à pied au niveau provincial en période de difficultés financières. C'étaient manifestement des décisions provinciales. Je sais qu'en Alberta, lorsque nous avons vécu cela, c'était toute une affaire. Vous dites maintenant qu'il y a une pénurie, et qu'une partie du problème a à voir avec ces pénuries. Ce sont des décisions provinciales.

En tant qu'association fédérale, comment traitez-vous avec les provinces et dans quelle mesure réussissez-vous dans le cadre de vos échanges d'information avec elles? Écoutez-elles ce que vous êtes en train de dire? Avez-vous le sentiment que vous réussissez?

La présidente: Qui aimerait répondre à cette question?

Monsieur John Abbott, allez-y, je vous prie.

M. John Abbott (chef de la direction, Conseil canadien de la santé): En ce qui concerne le travail que nous faisons au Conseil canadien de la santé, nous sommes très dépendants à l'égard des provinces, des territoires et du gouvernement fédéral pour une part importante de l'information et des perspectives qu'ils nous livrent, car ils sont actifs sur le terrain et sont responsables de la prestation de la plupart des services.

Pour ce qui est de leur réaction à nos constats et recommandations de temps à autre, il y a moins de suivi, pour être juste envers nous et gentil à leur égard. Cela s'explique en partie du fait qu'ils soient sans cesse en train d'intervenir, que les programmes évoluent, et qu'ils bougent très rapidement.

Une partie du travail que nous faisons est quelque peu rétrospectif: voici ce à quoi vous vous êtes engagés dans le cadre des accords, voici où nous en sommes aujourd'hui, et nous essayons de faire des projections. Il y a en quelque sorte un décalage.

Si je peux utiliser un exemple de situation où les différents paliers sont intervenus ensemble il y a quelques années, c'était le cas des inscriptions en faculté de médecine. Les paliers de gouvernement se sont entendus. Ils ont pris une décision. Rétrospectivement, nous pouvons dire que la décision était peut-être la mauvaise.

Les gouvernements peuvent agir et agissent lorsqu'ils estiment qu'il est dans leur intérêt de le faire, collectivement. Les accords en sont un exemple. Nous croyons que, lorsqu'ils se penchent sur les délais d'attente et d'autres questions, lorsque celles-ci sont considérées comme étant importantes eu égard à l'intérêt public, à l'intérêt public national, alors ils s'accordent.

Ce qu'il nous faut, et ce que nous essayons de faire par le biais de nos processus ici et du travail que font d'autres, c'est dire que la planification des ressources humaines dans le domaine des soins de santé est encore un autre élément devant être défini comme s'inscrivant dans l'intérêt national. Il nous faut cela, sans quoi, d'ici cinq ou 10 ans, le comité va de nouveau poser exactement les mêmes questions.

Nous avons une population vieillissante, et nous connaissons les paramètres en matière de soins qui vont être requis. Si donc nous fixions certains objectifs et concevions les services autour d'eux, nous pourrions alors organiser les besoins en ressources humaines dans ce contexte.

Les ministres de la santé du Canada n'en sont pas là en ce moment. Je pense que ce que peut faire le comité c'est les pointer dans cette direction.

La présidente: Allez-y, monsieur Uppal.

M. Tim Uppal: Je pense que Mme O'Neil a...

La présidente: Madame O'Neil, oui.

• (1650)

Mme Maureen O'Neil: J'ai trois exemples. En un sens, nous ne sommes pas une organisation qui négocie aux échelles fédérale et provinciale. Nous nous inscrivons à l'extérieur de cela. Pour vous donner une indication, les ministres de la santé de l'Ouest du pays nous ont demandé d'oeuvrer à leurs côtés à des questions de ressources humaines en santé afin de produire une synthèse de la recherche sur ces ressources, notamment dans les régions mal desservies. Ils sont donc venus nous voir et nous ont demandé si nous serions prêts à travailler avec eux là-dessus. De la même manière, le Nunavut nous a demandé s'il nous serait possible de constituer une équipe pour l'aider avec l'organisation de services de soins de santé au Nunavut. En un sens, nous donnons suite à ces demandes.

De la même manière, dans le cadre des programmes qui se situent davantage à un niveau micro et auxquels nous participons, programmes que j'ai mentionnés et qui rassemblent chercheurs et cadres du système de soins de santé, nous avons une excellente représentation de tout le pays. Les gens demandent à y participer et il s'avère que nous avons une très bonne représentation de l'ensemble des régions du pays. Nous travaillons en fait très étroitement avec l'Alberta Heritage Foundation for Medical Research et le programme de recherche là-bas.

Nos relations ne s'inscrivent pas dans un exercice de négociation. Nous ne sommes pas en train de donner suite à des engagements fédéraux-provinciaux. Plus exactement, les organisations qui sont provinciales font appel à nous lorsqu'elles souhaitent entreprendre quelque chose avec nous et veulent soit compléter leur budget soit compléter leurs compétences.

La présidente: Monsieur Berthelot, souhaitez-vous intervenir ici?

M. Jean-Marie Berthelot: Je n'aurais qu'un petit commentaire à faire. L'ICIS a un mandat différent. Nous ne faisons pas de recherche et nous ne faisons pas de recommandations. Nous nous prononçons sur l'état de la santé et l'utilisation faite des services de soins de santé. Ce sont réellement des statistiques que nous livrons.

Il me faut dire que nous jouissons d'une excellente collaboration avec les provinces. Nous avons même des ententes bilatérales avec chacune d'entre elles. Chacune des provinces contribue à notre financement. Nous constatons que les renseignements que nous produisons sont utilisés par les décideurs ou pour modifier des lois ou pour modifier des pratiques de manière à améliorer l'efficacité du système de soins de santé. Mais nous ne faisons pas de recommandations. Nous fournissons simplement les faits, et avons constaté que les différentes autorités les utilisent.

La présidente: Merci beaucoup.

Monsieur Malo.

[Français]

M. Luc Malo: Merci, madame la présidente.

Je vous pose trois questions et je vous laisse tout le temps qui reste pour y répondre. Je vais m'appuyer sur des propos tenus par Mme O'Neil.

Vous nous disiez tout à l'heure, madame O'Neil, que c'est à l'échelle locale que les améliorations se font, que de meilleures pratiques sont développées, mais qu'il faut trouver des façons de partager les bons coups. J'avais l'impression qu'il existait des publications, pas seulement ici mais des publications internationales qui permettaient de faire cela, qu'il y avait des forums, qu'il y avait des conférences. J'aimerais simplement savoir si ces outils de transmission de l'information sont utiles et s'ils font bien leur travail.

L'autre commentaire que vous faisiez se rapportait à l'étendue de notre étude, qui serait peut-être un peu trop vaste. J'aimerais que vous nous disiez, chacun d'entre vous, si on ne devrait pas restreindre notre étude. Si oui, sur quels aspects devrait-elle porter?

La troisième question, je vais l'adresser plus particulièrement à M. Beaudet. Mme O'Neil nous disait que la recherche était un parent pauvre, donc qu'elle est sous-financée. Êtes-vous du même avis?

Toutes ces questions s'adressent à l'ensemble du panel.

[Traduction]

La présidente: Allez-y, madame O'Neil.

[Français]

Mme Maureen O'Neil: Concernant la question de savoir comment on peut partager d'une façon plus efficace la recherche qui est faite, pas seulement la recherche mais aussi les innovations qui se font dans les différentes institutions, je crois qu'on doit, sur le plan provincial et même sur le plan fédéral-provincial, avoir beaucoup plus de forums où les travailleurs sur le terrain ont la chance de partager leurs expériences. Il y a beaucoup de forums pour les universitaires parce que, en effet, les chercheurs en tiennent beaucoup plus.

Je dois dire que les infirmières en chef dans différents hôpitaux n'ont pas tant d'occasions d'échanger entre elles au sujet de ce qui se fait auprès des patients dans un hôpital. Je crois que c'est là, au niveau du fonctionnement, qu'il doit y avoir d'autres forums, beaucoup plus entre les provinces, pour discuter des changements.

Il n'est pas question de chercheurs qui échangent entre eux. Les chercheurs ont tous beaucoup d'occasions de se parler, mais les gens à l'intérieur du système en ont beaucoup moins. On le sait, on a organisé un forum pour les équipes; on travaille mieux en équipe, etc. Les gens qui sont venus provenaient du milieu de travail. Ils ont échangé entre eux. Ils venaient de partout au pays, et cela a été apprécié parce qu'il y a très peu de forums semblables.

• (1655)

[Traduction]

La présidente: Allez-y.

Quelqu'un aurait-il d'autres commentaires à faire?

[Français]

M. Alain Beaudet: D'abord, la première partie de votre question revient un peu à ce que vous avez demandé tout à l'heure au sujet de la largeur de vue. En matière de recherche, on parle de compétitivité à l'échelle nationale et de regrouper les forces et d'établir des normes de pratique uniformes à la grandeur du pays. Le fait de pouvoir avoir des mécanismes de recrutement de patients pour des études à l'échelle du pays nous rendra très clairement beaucoup plus compétitifs à l'échelle internationale. Je pense que c'est voulu par tous et certainement par toutes les provinces.

Votre deuxième question porte sur le financement. Je vous aurais répondu en 1999 que la recherche au Canada était honteusement sous-financée. Il faut reconnaître que les efforts consentis au cours des huit dernières années ont été tout à fait remarquables et dans une foule de domaines: création de programmes de chaires de recherche pour soutenir et attirer des étoiles nationales et internationales; programmes de bourses canadiennes pour encourager les étudiants à faire des études supérieures, et les bourses Vanier, annoncées récemment, qui ont permis et qui permettront d'attirer également des étudiants étrangers de très grande valeur; et enfin, des investissements importants en infrastructures.

On avait, il y a 10 ans, une infrastructure qui traînait lourdement la patte par rapport aux autres pays industrialisés. On a remonté la pente, on est redevenus compétitifs. Les budgets des IRSC, depuis la création, depuis le passage du CRM aux IRSC, ont triplé en valeur. L'ensemble de ces investissements est vraiment considérable.

Il est clair que la recherche — et je le répète — est une compétition internationale. Le Canada devra très manifestement continuer ses efforts, s'il veut maintenir sa compétitivité à l'échelle internationale. Je dois vous dire que cette compétitivité est très bonne.

[Traduction]

La présidente: Merci.

Allez-y, je vous prie, madame Davidson.

Mme Patricia Davidson (Sarnia—Lambton, PCC): Merci, madame la présidente, et merci beaucoup à tous nos invités. Chaque fois que nous entendons un nouveau témoin, il devient d'autant plus évident que nous avons entrepris une tâche énorme.

Il est intéressant d'entendre les différents aspects et la façon dont les différents groupes perçoivent les dossiers, les problèmes et les solutions. Je suis intéressée par une ou deux choses qui ont été dites dans le cadre de vos exposés.

Madame Besner, je pense que c'est vous qui avez dit qu'il importe que nous fassions davantage de planification fondée sur les besoins, et vous avez parlé un petit peu de la sous-utilisation des professionnels de la santé. Parlez-vous de tous les professionnels de la santé? Pour corriger le problème ou améliorer la situation, importe-t-il que tous les professionnels de la santé interviennent?

D'autre part, lorsque nous parlons de cela, y a-t-il des préoccupations communes parmi certains des différents groupes, les technologues, les techniciens, les praticiens de médecines douces, etc., en plus des médecins et des infirmières dont nous avons l'habitude? Vous pourriez peut-être faire quelque remarque là-dessus.

Mme Jeanne Besner: Je ne peux pas parler de tous les groupes, mais il est certain que lorsque nous demandons à différents professionnels de la santé s'ils estiment posséder des connaissances et des compétences susceptibles de résulter en des résultats pour la santé meilleurs mais que l'on n'y fait pas appel, la majorité d'entre eux répondent par oui.

Je pense que la situation est sans doute pire dans certaines régions par rapport à d'autres. Nous avons surtout étudié jusqu'ici les soins infirmiers. Nous avons interviewé différents professionnels; ce que nous avons relevé dans tous les cas est que l'accent est mis sur les tâches et qu'il y a beaucoup de chevauchement, sur le plan des tâches, entre les différents professionnels de la santé. Le fait d'administrer des médicaments, par exemple, ne relève pas exclusivement des pharmaciens, médecins et infirmières. Les patients eux aussi en donnent, et ainsi de suite, et cette concentration sur les tâches vient donc estomper certaines des particularités sur le plan des connaissances des différents professionnels, et il est ressorti de tout le travail que nous avons fait une certaine ambiguïté quant aux différents rôles.

Pour ce qui est de l'aspect sous-utilisation, je ne peux que parler des soins infirmiers, car c'est sur eux que je me suis concentrée. Nous avons à l'heure actuelle au Canada des infirmières autorisées de niveau baccalauréat. Lorsque nous avons fait ce virage, les choses ont varié selon la province, alors nous ne pouvons pas citer un moment précis, mais l'attente, lorsque nous avons opté pour des programmes de préparation au baccalauréat, était que les infirmières autorisées allaient contribuer davantage sur le plan approche axée sur la population, prévention de la maladie, et ainsi de suite. Or, en faisant une véritable étude de leur pratique, nous avons constaté que les infirmières sont très biomédicalisées, pour employer le terme que nous utilisons. Elles s'occupent beaucoup de gestion médicale — non pas parce qu'elles ne devraient pas s'en occuper, mais c'est surtout à cela qu'elles se consacrent.

Dans le cadre de certains travaux que nous avons effectués, nous avons constaté qu'il est très difficile de distinguer la pratique des infirmières autorisées de celle des infirmières auxiliaires autorisées, du fait de cette concentration sur les tâches. Dans le cadre de certains de nos travaux, nous avons commencé à voir qu'une partie de la raison pour laquelle les infirmières autorisées ne font pas ce qu'elles pourraient faire est que nous n'avons pas suffisamment d'infirmières auxiliaires autorisées et d'aides-soignants parmi l'effectif.

C'est alors que l'on est amené à se demander en quoi les choses seraient différentes si nous changions de modèle de prestation de services et avions des modèles de pratique coopérative intégrant les trois. Nous commençons tout juste à explorer ce volet de recherche, mais je peux vous donner un tout petit exemple d'une unité médicale qui a adopté un modèle de pratique coopérative. Pour un quart de jour, par exemple, l'on y est passé de 9,5 équivalents d'infirmières autorisées et de deux aides-soignants à six aides-soignants, cinq infirmières autorisées et quatre infirmières auxiliaires autorisées. L'on commence à changer les choses et l'on obtient des résultats supérieurs, une meilleure satisfaction au travail et quantité d'autres choses. L'exemple de cette seule unité donne une idée du potentiel qui existe pour commencer à travailler différemment, mais fait également ressortir un problème dans le mélange de personnes à notre disposition: il n'est pas possible de mettre en oeuvre ce modèle dans de nombreux endroits du fait qu'il n'y ait pas suffisamment d'infirmières auxiliaires autorisées en Alberta, et ainsi de suite.

Voilà juste un petit exemple initial d'expérimentation avec un nouveau modèle de prestation de services dans le cadre d'une pratique coopérative. Que cela signifie-t-il? Nous avons des ergothérapeutes qui nous disent qu'on leur demande de venir et de faire partie d'une équipe de soins lorsqu'un prestataire a une idée précise de ce que peut faire l'ergothérapeute. Comme l'a dit un ergothérapeute « On me traite comme si j'étais un technicien. On fait appel à moi lorsque quelqu'un souhaite que je fasse passer un test donné, mais si on avait fait appel à moi plus tôt, j'aurais peut-être pu empêcher la décision d'envoyer le patient en soins de longue durée au lieu de le retourner chez lui ».

Voilà juste quelques exemples.

● (1700)

La présidente: Merci, madame Besner.

Allez-y, madame Murray.

Mme Joyce Murray: Merci.

J'aimerais revenir sur la question de la Dre Bennett sur les recommandations de haut niveau que vous feriez si cette étude était la vôtre et si vous vouliez montrer la voie, et je vais également aborder les commentaires qui ont été faits au sujet de la sous-utilisation des ressources et de visions pancanadiennes.

Mon contexte, bien sûr, est la Colombie-Britannique. Nous y faisons appel à des sages-femmes, du fait qu'il n'y ait pas suffisamment d'obstétriciens, mais il s'est en vérité fait de la recherche qui appuie les résultats qu'obtiennent les sages-femmes. Nous tendons également vers des équipes de soins primaires englobant des naturothérapeutes, etc. En Colombie-Britannique, les docteurs en médecine chinoise font partie d'une profession réglementée, avec un collègue, et j'aimerais savoir dans combien d'autres provinces c'est le cas. Peut-être que cette situation existe dans moins de la moitié des provinces. Lorsque nous voulons une vision pancanadienne et voulons faire intervenir tous les professionnels en soins de santé, y compris ceux qui exercent en médecine parallèle, nous nous trouvons confrontés à un gros problème.

Pensez-vous qu'il serait avantageux d'avoir une orientation pancanadienne en matière d'équivalences sur les plans de la réglementation et des champs d'activité à l'échelle du pays, de telle sorte que la Nouvelle-Écosse sache ce qu'est un naturothérapeute et que les sages-femmes puissent faire leur travail et jouir de droits hospitaliers partout au pays? Pensez-vous que ce soit possible? Pensez-vous que ce serait bénéfique? Dans quelle mesure de telles équivalences en matière de champs d'activité et de réglementation sont-elles importantes pour une vision pancanadienne, ou bien pouvons-nous travailler autour de ce problème?

● (1705)

La présidente: Qui aimerait s'attaquer à cette question?

Madame O'Neil, merci. Allez-y, je vous prie.

Mme Maureen O'Neil: Il s'agit, certes, là d'une vision. Sur le plan pratique, je ne verrais pas cela se concrétiser dans un avenir très proche. D'un autre côté, je pense qu'il serait utile d'avoir des discussions régulières autour de la question clé qui est celle de savoir comment font les différentes provinces sur le plan de la réglementation, dans le simple but d'avoir de telles discussions. Le gouvernement fédéral ne dirait jamais « Nous allons maintenant faire ceci », mais s'il y avait moyen d'entamer ces discussions et si on les voyait se dérouler, je pense que ce serait extrêmement utile. En l'absence de cela, chacun refait le travail de tous les autres. Cependant, je sais que des gens ont passé toute leur carrière à travailler sur le commerce interprovincial et l'élimination des obstacles au commerce, alors je ne verrais pas cela se faire dans un avenir très proche.

Il y a encore autre chose. J'ignore quel est le budget de recherche du comité, mais il serait très intéressant de faire passer le message que l'on ne peut pas vraiment parler de ressources humaines en santé sans comprendre ce à quoi va ressembler l'organisation concrète des services, faisant ressortir que si les services étaient organisés d'une certaine façon, il nous faudrait tel nombre de membres de cette profession et tel nombre de membres de cette autre profession. Cela rejoint en un sens ce que disait Jeanne, c'est-à-dire qu'à un niveau très micro, dans le calcul du coût de fonctionnement d'un service de chirurgie et du nombre d'infirmières à y prévoir, vous ne pouvez pas dire qu'il vous faudra x infirmières avec telle ou telle formation, car cela dépend des autres membres de l'équipe. Il serait très important de faire comprendre aux gens que c'est la façon dont les services sont véritablement organisés et financés qui détermine l'effectif qu'il vous faut dans chaque catégorie professionnelle.

À titre d'illustration, je sais que Le Conference Board of Canada, aux côtés de l'Ontario Medical Association, a tenté un modèle en Ontario qui ne s'intéressait qu'aux seuls médecins. Le problème avec ce modèle est qu'il suppose que l'on n'examine que les médecins et l'organisation actuelle des services, ce qui vous livre une seule réponse. S'il vous était possible de dresser des hypothèses correspondant à plusieurs façons d'organiser les services, pour ensuite faire le travail de modélisation, il en ressortirait très clairement que c'est la façon dont les services sont organisés et financés qui détermine l'éventail nécessaire de prestataires de services différents. Le fait de faire comprendre ne serait-ce que cet aspect-là serait déjà une grosse contribution.

La présidente: Madame Besner, aimeriez-vous faire un commentaire pendant qu'il reste encore du temps?

Mme Jeanne Besner: Je suis d'accord. Je pense que deux questions interviennent en ce qui concerne les ressources humaines en santé. L'une est le champ d'activité et l'utilisation optimale des professionnels; l'autre est le modèle de prestation de services et la façon dont sont organisés les soins. L'on ne peut pas vraiment faire un examen exhaustif de l'une sans examiner l'autre. Or, cela n'a pas été fait dans la plupart des régions du Canada.

La présidente: Je regrette, madame Murray, mais le temps dont vous disposiez est écoulé.

Nous allons maintenant passer à Mme Wasylycia-Leis.

Mme Judy Wasylycia-Leis: Permettez-moi de vous emmener dans une autre direction dont nous n'avons jusqu'ici pas traité.

J'approuve et apprécie tous vos commentaires concernant tout le modèle de prestation de services, l'idée de réfléchir à l'extérieur de la boîte, les approches multidisciplinaires, les pratiques de médecine holistique, etc., etc., etc.

Le fait est que nous sommes aujourd'hui au Canada confrontés à une très sérieuse crise. Les Canadiens essaient désespérément d'obtenir de nous des réponses et ils comptent sur le Parlement. Nous avons une stratégie de ressources humaines en santé qui vient tout juste d'être renouvelée, mais qui, selon l'analyse des cinq dernières années, n'a pas livré grand-chose. Quels conseils pourriez-vous donc donner aujourd'hui au gouvernement fédéral et au ministre de la santé en vue de renforcer cette supposée stratégie nationale de ressources humaines en santé? La stratégie est dotée d'argent, en ce sens que des fonds ont été puisés pour elle dans le transfert en vue de traiter de questions liées aux ressources humaines en santé. Que pourrait-on faire au moins à court terme sur ce front?

Deuxièmement, entrevoyez-vous un rôle fédéral dans le court terme relativement à certaines des pénuries? Par exemple, par le passé, c'est le gouvernement fédéral qui construisait les collèges pour les médecins. Ces jours-ci, tout le monde s'en lave plus ou moins les mains en disant ce n'est pas de notre faute, c'est aux provinces de faire quelque chose. Si nous n'obtenons pas une certaine coordination au niveau fédéral, le tout va s'effondrer avant même que nous ayons l'occasion de mettre en place toutes ces choses dont nous parlons depuis 30 ans. J'aimerais donc, je suppose, entendre certaines recommandations à court terme, ainsi que des suggestions visant la résolution de certains de ces problèmes.

• (1710)

M. Jean-Marie Berthelot: Eh bien, je ne pense pas que ce serait une recommandation, mais je crois qu'il nous faut peut-être songer à essayer de déterminer quelle pourrait être la situation d'ici 10 ou 20 ans, ne serait-ce que sur la base de projections en fonction des ressources humaines dont nous disposons à l'heure actuelle. J'estime que c'est quelque chose que nous ne faisons pas en tant que pays, et que nous devrions vraisemblablement faire.

À l'échelle nationale, combien de médecins et d'infirmières avons-nous, quel est le bassin disponible... Avec l'entente commerciale interprovinciale actuelle, en vertu de laquelle les professionnels peuvent se faire reconnaître partout au pays, voilà quel est le bassin de personnes que nous avons. Voilà une chose. La deuxième chose est qu'il n'y a pas de solution à court terme en ce qui concerne les médecins. Il faut beaucoup de temps pour former un médecin. Il faut beaucoup de temps pour former une infirmière. Je pense que nous devrions peut-être dresser un inventaire de toutes les augmentations du nombre de places disponibles pour la formation d'infirmières, de médecins, et ainsi de suite.

Je vous livre ici mon évaluation personnelle, mais je pense que des progrès ont été marqués, en tout cas sur le plan de la formation. Cela ne veut pas dire que les problèmes d'aujourd'hui seront réglés, car il faut longtemps pour former un spécialiste. J'estime qu'il nous faut être prudents pour ce qui est d'attribuer d'importants efforts à de nombreux gouvernements provinciaux. Nous avons parlé du fonds de transition pour les soins primaires de 800 millions de dollars. Pour être franc, ce n'est pas beaucoup d'argent lorsqu'il est question de dépenses annuelles d'environ 172 milliards de dollars. Cependant, l'on constate dans de nombreuses localités qu'il y a des cabinets de groupe, les groupes de médecine familiale au Québec. De nombreuses provinces ont adopté diverses façons d'offrir des soins. En Ontario, vous avez... Comment les appelle-t-on?

Mme Francine Anne Roy (directrice, Information sur les ressources de santé, Institut canadien d'information sur la santé): Des infirmières praticiennes.

M. Jean-Marie Berthelot: Il y a des infirmières praticiennes qui dirigent des cliniques de médecine de groupe.

Des changements ont été apportés. Cependant, il s'agit d'une grosse main-d'oeuvre, avec des personnes qui doivent disposer de nombreuses compétences et poursuivre beaucoup d'études. Il faut du temps pour changer les choses. Mais dans les chiffres que nous produisons, nous relevons déjà une augmentation du nombre de personnes disponibles dans la main-d'oeuvre. Il s'agit d'une augmentation supérieure à celle de la population. L'autre question est celle de savoir comment ces personnes sont organisées et comment elles travaillent, mais j'estime que des progrès ont été réalisés.

La présidente: Oui, madame Besner.

Mme Jeanne Besner: Je pense que l'une des choses qui m'ont été utiles également, et je ne sais pas si elle vous le sera à vous, est ce cadre de planification pancanadien qui cerne tous les éléments en matière de planification des ressources humaines en santé qui livreront les résultats que nous voulons obtenir au niveau du système de soins de santé et des fournisseurs de soins aux patients. Nous disposons de quantité de preuves au sujet de différents morceaux de ce puzzle, mais l'on n'a jamais réuni la totalité des éléments de preuve.

Nous n'avons pas fait de comparaisons entre l'offre dans une province et l'offre dans une autre et du pourquoi et du comment. Je pense que nous disposons de beaucoup d'informations qui n'ont jamais été rassemblées dans le cadre d'un examen systématique de ce vers quoi nous voulons nous diriger, mais le cadre pour ce faire est en place. Je sais que lorsque...

Mme Judy Wasylycia-Leis: Pensez-vous que ce soit au comité qu'il revienne de rassembler ces informations? Qui pourrait faire cela? Qui pourrait dresser l'inventaire permettant de faire toutes ces projections?

Mme Jeanne Besner: Je ne sais pas, mais je sais que lorsque nous avons lancé notre programme de recherche il y a de cela huit ans, j'ai utilisé ce cadre pour faire l'examen de la littérature. C'est ainsi que nous avons commencé à cerner ce sur quoi nous voulions nous concentrer à l'égard des éléments de la recherche dont nous pensions qu'ils devaient être entrepris. Cet exercice a permis de déterminer où se trouvaient les plus grosses lacunes.

La présidente: Merci, madame Besner. Merci, madame Wasylycia-Leis.

La parole est maintenant à M. Brown.

M. Patrick Brown (Barrie, PCC): Merci, madame la présidente.

Je vais me concentrer de manière un peu plus précise sur ce qui se passe au niveau des médecins. Il s'agit d'une préoccupation aiguë dans ma circonscription.

Ma première question s'adresse aux représentants de l'Institut canadien d'information sur la santé, car j'ai trouvé certaines de vos statistiques intéressantes. J'aimerais savoir si vous avez pu faire une ventilation entre les soins à l'extérieur des hôpitaux et les soins en milieu hospitalier, pour ce qui est de certaines des pénuries. Je sais que lorsque notre hôpital lance une tournée de recrutement de médecins, le sentiment général dans la collectivité est que c'est une question de médecins de famille, de médecins de famille, de médecins de famille, mais j'ai été choqué par les niveaux de pénuries qui existent dans les hôpitaux à effectif complet. Auriez-vous des statistiques ou des renseignements ventilés portant plus particulièrement sur les pénuries dans les hôpitaux?

M. Jean-Marie Berthelot: Eh bien, le mot « pénurie » est un terme relatif, et l'ICIS ne fait donc pas de déclarations quant à l'existence ou non d'une pénurie. Nous avons des renseignements concernant les principaux lieux d'exercice des médecins. Je n'ai pas les données ici avec moi, mais nous pourrions vous fournir des renseignements sur les variations par région sanitaire, par ville et par circonscription, si vous voulez, pour ce qui est de la proportion de médecins travaillant dans la collectivité par opposition à ceux travaillant principalement dans les hôpitaux. Certains médecins travaillent dans les deux contextes, et ils peuvent être nombreux à faire les deux, selon le cas. Nous pourrions donc vous fournir ce détail-là, mais je ne possède pas de renseignements au sujet...

• (1715)

M. Patrick Brown: Si ces renseignements pouvaient être transmis au comité, je suis certain que cela intéresserait tout le monde.

M. Jean-Marie Berthelot: Oui.

M. Patrick Brown: En ce qui concerne le Conseil canadien de la santé, je sais que l'un des groupes de travail s'intéressait aux ressources humaines en santé, ce qui est formidable. Savez-vous si ce groupe de travail — et je sais que Judy vous a un petit peu interrogé là-dessus — a compilé des données, province par province, sur l'évolution des inscriptions en médecine et s'il a pu déterminer si nous allons voir des tendances positives à l'avenir sur la base d'une augmentation du nombre d'étudiants inscrits? En Ontario, il y a cette école de médecine à Thunder Bay, et l'on discute manifestement ailleurs d'augmenter le nombre d'inscriptions en médecine. Avez-vous une idée de la façon dont la situation évolue au niveau national?

M. John Abbott: La réponse est que non, mais nous savons, sur la seule base de certains des renseignements qui nous sont parvenus, que différentes provinces ont commencé à ajouter de la capacité dans leurs écoles de médecine.

Un commentaire que je pourrais faire, et qui est davantage personnel plutôt qu'exprimant l'opinion du Conseil canadien de la santé, est que, du point de vue du comité, une question ou un dossier qu'il serait bon d'examiner serait celui de savoir si le Canada pourrait ou devrait être autosuffisant sur le plan des docteurs en médecine. Personne n'a en réalité jamais répondu à cette question.

Si vous élaboriez un, deux ou trois scénarios et essayiez d'en tirer la réponse, cela tirerait au clair nombre des autres questions en ce qui concerne la façon dont nous assurons les soins, les rôles des médecins par opposition aux rôles des infirmières, et ainsi de suite, car le fait qu'il nous faille continuer en 2009 de recruter à l'étranger — littéralement — soulève la question.

M. Patrick Brown: Voici quel est le défi pour moi. J'entends toujours dire qu'il nous faut recruter à l'étranger, mais lorsque j'ai demandé au Dr Murdoch, qui travaille à l'école de médecine de l'Université de Toronto, combien de demandes ils avaient reçues pour leurs 25 places réservées à des étrangers, il a dit en avoir reçu 11 000. L'idée, donc, qu'il s'agit là d'un de nos outils pour réussir ne semble pas être fondée, car s'il s'agissait d'un outil de réussite, cela seul réglerait le problème.

Ce qui m'intéresse davantage c'est le groupe de travail sur les médecins. Sur quels aspects le groupe de travail s'est-il concentré en ce qui concerne les médecins?

Mme Jeanne Besner: Ce n'est pas ce que nous avons fait.

M. Jean-Marie Berthelot: Si vous permettez que j'ajoute quelque chose, nous savons combien d'étudiants sont inscrits dans ces facultés. Nous savons combien de places il y a dans les facultés de médecine du pays et nous publions les tendances. Cela figure dans ce rapport, à la page 30. Nous mettons les statistiques à jour chaque année. C'était notre rapport phare, et il est donc en retard de deux ans, mais nous possédons ces renseignements. Ils sont disponibles, et il est possible de les retracer.

En ce qui concerne les médecins formés à l'étranger, ce que nous constatons est que nous comptons moins sur eux que par le passé. Le nombre de médecins formés à l'étranger parmi le contingent total de médecins a été relativement stable, soit environ 13 000 à 14 000 sur 64 000 médecins, et ce depuis 10 ans environ.

La question de notre autosuffisance est très complexe, car il y a également le droit à une vie meilleure de personnes vivant à l'extérieur du Canada. Je pense que les questions d'ordre éthique interviennent lorsque le Canada cherche peut-être à recruter dans des pays qui souffrent d'une pénurie de médecins, des pays en développement, mais il nous faut reconnaître qu'environ un Canadien sur cinq n'est pas né au Canada, et nous avons environ un médecin sur 85 qui a été formé à l'étranger. Je pense qu'il nous faut être prudents à l'égard de l'idée d'avoir pour objectif zéro médecin formé à l'extérieur du pays. Ce ne serait peut-être pas approprié.

M. Patrick Brown: Ne me comprenez pas mal. Cela me plairait énormément de voir davantage de médecins formés à l'étranger.

La présidente: Je regrette, mais le temps dont vous disposiez est écoulé.

Allez-y, madame Wong.

Mme Alice Wong (Richmond, PCC): Premièrement, je suis absolument fascinée par le comité. J'aurais peut-être dû choisir celui-ci.

Merci beaucoup d'être venus. Mes antécédents sont dans l'enseignement en entrepreneurship, mais il se trouve que j'ai travaillé dans un collège qui offrait deux années d'études en soins infirmiers, pour ensuite passer à quatre. Un grand nombre des étudiants venaient de l'étranger. Nombre d'entre eux étaient des immigrants. J'ai un certain nombre de questions portant là-dessus, surtout en ce qui concerne les sciences infirmières. Du fait que je vienne de la Colombie-Britannique, je ne peux qu'utiliser des modèles britanno-colombiens dans mes commentaires et questions.

Premièrement, en ce qui concerne l'enseignement infirmier, nous avons entendu dire qu'il y a une pénurie d'infirmières, mais j'ai également entendu qu'il y a une pénurie d'infirmières enseignantes. Il pourrait y avoir à cela des raisons très complexes, et j'ignore si vous vous êtes penchés sur cette question. Très souvent, le financement est un aspect, mais il y a également une insuffisance d'infirmières désireuses de travailler dans le milieu universitaire, où elles formeraient des infirmières mais feraient également de la recherche. Nous avons cette ressource, un bassin de personnes possédant réellement l'expérience. J'ignore si votre étude s'est intéressée à la question des ressources en enseignement infirmier et au modèle qui pourrait être utilisé afin de mettre à profit ces riches ressources. Voilà ma première question.

La deuxième question concerne les professionnels de la santé formés à l'étranger. Il est vrai que nous perdons certains de nos médecins en faveur de pays étrangers, ceux-ci offrant de meilleures conditions de travail et ainsi de suite, mais en même temps, nous enregistrons un afflux de personnes qui possèdent déjà la formation et auxquelles il ne faut que la reconnaissance de leurs titres étrangers et de la formation supplémentaire. Revenant encore au modèle britanno-colombien, plusieurs collègues qui sont depuis passés au rang d'université offrent des programmes spéciaux d'un an aux infirmières de formation étrangère titulaires d'un diplôme. Ces institutions les préparent en leur assurant une expérience pratique dans la province et les compétences linguistiques nécessaires pour passer l'examen d'infirmière autorisée. Est-on jamais intervenu à ce niveau-là? Madame Besner, dans vos études au sujet des sciences infirmières, j'ignore si cela a été envisagé en tant que solution possible aux pénuries.

Ma troisième question concerne la mobilité. Je conviens à 100 p. 100 pour dire que le mot « pénurie » est un terme relatif. Même à l'intérieur d'une même province, il peut y avoir une pénurie de médecins ou d'infirmières dans le Nord, alors qu'ailleurs des infirmières ou d'autres professionnels sanitaires attendent toujours des emplois. Il y a donc également une question de distribution. Je ne sais pas si vous vous êtes penchés là-dessus dans le cadre de vos travaux de recherche.

J'ai des tonnes de questions, car je suis nouvelle au comité. J'ignore si vous allez revenir nous voir, mais je tenais à vous poser ces questions.

Merci.

• (1720)

La présidente: Qui aimerait s'attaquer à cette série-là?

Allez-y, madame Besner, après quoi ce sera au tour de M. Berthelot.

Mme Jeanne Besner: Pour ce qui est de votre question au sujet des modèles en enseignement infirmier, nous convenons qu'il y a une pénurie d'enseignants dans ces facultés. Le corps professoral vieillit, et ainsi de suite. L'on commence à envisager d'autres modèles, comme par exemple des universitaires-cliniciens, etc. Nous savons que dans l'enseignement infirmier nous avons une approche à l'égard de l'éducation clinique qui est très différente de celle en médecine, alors il nous faut commencer à envisager ces possibilités. Mon équipe et moi n'avons pas fait de travail en ce sens, mais il s'en fait.

Il se fait à l'heure actuelle beaucoup de travail sur le plan de l'évaluation des infirmières à formation étrangère et de la question de savoir si cela est équitable à l'endroit des étudiants canadiens en soins infirmiers qui passent par le système. L'on commence à en parler. Vous avez relevé beaucoup de questions relatives aux infirmières formées à l'étranger, sur le plan d'adaptation culturelle et

langue, mais il y a du travail en cours. J'ignore si cela est particulier aux provinces de l'Ouest, mais il se fait du travail par l'intermédiaire de Mount Royal College. Il s'agit d'un projet d'évaluation qui a été financé par Santé Canada.

Je ne peux pas répondre à votre question concernant la distribution. Il existe à l'échelle du pays beaucoup de différences en ce qui concerne le mélange de prestataires de soins disponibles pour doter les différents modèles de prestation de services, et ainsi de suite. Les choses varient beaucoup à l'échelle du pays.

Mme Alice Wong: Je pense que certaines des mesures prises tant par les gouvernements provinciaux que par le gouvernement fédéral encouragent les nouveaux diplômés à s'installer dans les régions où il y a une plus forte demande d'infirmières ou de médecins. Vous êtes-vous penchés là-dessus?

Mme Jeanne Besner: Oui.

Mme Alice Wong: J'espère que cela donne des résultats, car c'est ce que nous faisons en Colombie-Britannique. Le gouvernement fédéral encourage absolument les étudiants en médecine, ainsi que les étudiants en soins infirmiers, à s'établir dans des régions où les besoins sont tels que nous pouvons même les dispenser de rembourser leurs prêts étudiants. Voilà quelques-unes des initiatives qui ont été prises.

Revenant encore une fois aux différences provinciales, je pense que le premier ministre a discuté avec toutes les provinces de la reconnaissance des titres étrangers.

La présidente: Faites vite, madame Wong. Le temps presse.

Mme Alice Wong: Il y a donc également la question de la reconnaissance des titres étrangers dans les provinces.

Une voix: Oui.

Mme Alice Wong: Si vous pouvez exercer en Colombie-Britannique, pourquoi ne pouvez-vous pas exercer en Ontario? Voilà ma question?

La présidente: Allez-y.

Mme Jeanne Besner: Cela est en cours.

La présidente: Cela est en cours?

Mme Jeanne Besner: Oui.

• (1725)

La présidente: Quelqu'un d'autre aimerait-il intervenir là-dessus?

M. Jean-Marie Berthelot: En ce qui concerne la mobilité, nous avons effectué une étude fondée sur les données de recensement de la population, axée sur 30 catégories de professionnels de la santé, pour en déterminer la distribution au sein des provinces entre régions rurales et régions urbaines. Nous sommes en train de mettre à jour cette étude avec les données de 2006 qui sont maintenant disponibles, et elle renferme beaucoup d'information à ce sujet.

Nous produisons par ailleurs des données sur les taux d'infirmières et de médecins par région sanitaire, ce qui permet de faire des comparaisons entre régions rurales et régions urbaines. Nous répertorions les professionnels qui assurent des soins, car dans les centres importants, les professionnels de la santé sont nombreux à travailler dans l'éducation. Ces données sont donc fournies, et ce pour toutes les régions sanitaires d'un bout à l'autre du pays.

La présidente: Bien. Merci.

Notre après-midi a été extrêmement utile. Votre comparution devant le comité nous a livré des perspectives et des idées qui sont d'une importance extrême pour nous. Comme je le disais plus tôt, le comité s'est engagé dans une étude très détaillée de la question, et certains des propos que vous nous avez tenus aujourd'hui nous ont aidés, nous autres qui sommes à la table, à déceler certaines des lacunes qu'il nous faudra combler au fil du reste des réunions du comité.

Je tiens à vous remercier très sincèrement d'avoir été des nôtres ici aujourd'hui.

Il me reste encore une chose dont j'aimerais discuter avec le comité, après quoi nous leverons la séance.

M. Jean-Marie Berthelot: Merci beaucoup.

La présidente: Mesdames et messieurs les membres du comité, l'examen du budget principal des dépenses prendra fin le 23 juin. Les organismes dont la comparution le 12 mai a jusqu'ici été prévue sont les Instituts de recherche en santé du Canada, l'Agence canadienne de contrôle de la procréation assistée, le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés et le Conseil de contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses. Et, comme vous le savez, le ministre de la Santé sera des nôtres le 14 mai.

Si vous aimeriez ajouter quelque chose au programme de la réunion sur le budget principal des dépenses, je vous invite à y réfléchir, puis à communiquer vos requêtes au greffier.

Merci. La séance est levée.

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre des communes

Published under the authority of the Speaker of the House of Commons

Aussi disponible sur le site Web du Parlement du Canada à l'adresse suivante :

Also available on the Parliament of Canada Web Site at the following address:

<http://www.parl.gc.ca>

Le Président de la Chambre des communes accorde, par la présente, l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ce document à des fins éducatives et à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé de journal. Toute reproduction de ce document à des fins commerciales ou autres nécessite l'obtention au préalable d'une autorisation écrite du Président.

The Speaker of the House hereby grants permission to reproduce this document, in whole or in part, for use in schools and for other purposes such as private study, research, criticism, review or newspaper summary. Any commercial or other use or reproduction of this publication requires the express prior written authorization of the Speaker of the House of Commons.